

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SIMONE JARDIM AOKI

**HISTÓRIAS E RELATOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
EM SANTOS, SÃO PAULO**

**SANTOS
2019
SIMONE JARDIM AOKI**

HISTÓRIAS E RELATOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE O
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
EM SANTOS, SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Ensino em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de São Paulo - Campus
Baixada Santista

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Leme de Oliveira Borba

SANTOS

2019

SIMONE JARDIM AOKI
HISTÓRIAS E RELATOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE O
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SANTOS, SÃO PAULO

Aprovação: ____/____/____

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de
São Paulo - Campus Baixada Santista

Área de concentração: Educação Permanente

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Leme Oliveira Borba

Profª. Dra. Luzana Mackevicius Bernardes

Banca examinadora

Universidade Católica de Santos

Profª. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Banca Examinadora

Universidade Federal de São Paulo

Profª. Dra. Débora Galvani

Banca Examinadora

Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Beatriz Prado Pereira

Banca Examinadora (Suplente)

Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

As condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua e as questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais acarretam riscos maiores para esse grupo, representando um desafio à efetivação de políticas de saúde que satisfaçam as demandas de cuidado deste público. Deste desafio emergiu a necessidade de estabelecer ações de educação permanente para as equipes envolvidas no processo de trabalho para que o acesso desta população aos direitos e serviços seja assegurado. A atuação dos Consultórios na Rua almeja qualificar a integração com os serviços de atenção básica promovendo assim garantia ao respeito pelos direitos humanos e constitucionais da população em situação de rua pela perspectiva do cuidado integral respeitando a autonomia do sujeito, a subjetividade do ser e seu estilo de vida. Esta dissertação teve como objetivo analisar o acesso à saúde e ao cuidado integral da população em situação de rua no município de Santos, São Paulo. A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou história oral de vida a partir de entrevistas em profundidade de nove pessoas atendidas pela equipe do Consultório na Rua, nos territórios do Mercado Municipal e do bairro Aparecida. As entrevistas foram realizadas nos locais e horários apontados como mais adequados por eles de forma a não atrapalhar suas rotinas de vida. Os resultados apontam as diferentes formas que a população em situação de rua utiliza os serviços públicos de saúde, para conseguir acessar seu cuidado, quais suas redes de apoio para obtenção desse cuidado e ainda explicita as barreiras que encontram no acesso à estes serviços de saúde de Santos. Conclui-se que é necessário que haja mais espaços de discussão desse cenário de forma a colaborar no processo de sensibilização e formação dos profissionais implicados nesse processo de forma que a mudança de suas opiniões, valores e condutas venham ressoar em suas práticas de maneira que amplie e qualifique o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

Palavras-chave: População em situação de rua. Acesso aos serviços de saúde. Integralidade. Consultório na rua. História oral de vida.

ABSTRACT

The conditions of vulnerability experienced by the street population and the psychosocial issues that generate physical and emotional suffering carry greater risks for this group, representing a challenge to the implementation of health policies that satisfy the care demands of this public. From this challenge emerged the need to establish permanent education actions for the teams involved in the work process so that this population's access to rights and services is ensured. The practice of the Offices on the Street aims to qualify the integration with the basic care services, thus promoting the respect for the human and constitutional rights of the population in a street situation through the perspective of integral care respecting the autonomy of the subject, the subjectivity of the being and his style of life. This dissertation aimed to analyze the access to health care and integral care of the population in a street situation in the city of Santos, São Paulo. The research, of a qualitative nature, used oral history of life from in-depth interviews of nine people attended by the team of the Office on the Street, in the territories of the Municipal Market and the Aparecida district. The interviews were carried out at the places and times indicated as being most suitable for them so as not to disturb their life routines. The results show the different ways that the street population use the public health services, to access their care, what their support networks to obtain this care, and also explains the barriers they encounter in accessing these health services. Santos. It is concluded that it is necessary that there be more space for discussion of this scenario in order to collaborate in the process of sensitization and training of the professionals involved in this process so that the change of their opinions, values and behaviors will resonate in their practices in a way that broadens and qualify the access of the population in street situation to the health services.

Keywords: Population in street situation. Access to health services. Integrality. Office on the street. Oral history of life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo Geral.....	17
2.2. Objetivos Específicos.....	17
3. MÉTODO DE PESQUISA	18
4.1. AS HISTÓRIAS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	21
4.2. REDE DE APOIO E ACESSO AO CUIDADO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
6. REFERÊNCIAS.....	58
ANEXO 1.....	64
ANEXO 2.....	69
Introdução e Justificativa	74
Objetivos	77
Público alvo.....	78
Método e operacionalização	78
Referências.....	83

LISTA DE ABREVIACÕES

BIREME: Biblioteca virtual em saúde

CAD Único: Cadastro único

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de nível Superior

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CNAR: Consultório na Rua

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

FIPE: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

GGT: (Gama Glutamil Transpeptidase)

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG: Organização não governamental

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNPR: Política Nacional para População de Rua

PSR: População em Situação de Rua

PTS: Projeto Terapêutico Singular

SCIELO: *Scientific Eletronic Library online*

SEAS: Secretaria de Assistência Social

SeACOLHE: Seção de Acolhimento de Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua

SeABRIGO: Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SMS: Secretaria Municipal da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

TGO : Transaminase Glutâmica Oxalética

TGP: Transaminase Glutâmica Pirúvica

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

Em virtude do trabalho como enfermeira do Consultório na Rua (CnaR) pude perceber dificuldades no acesso da população em situação de rua (PSR) aos serviços de saúde. Fato que se repete, fazendo me refletir sobre o assunto de forma recorrente.

O acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde fica por vezes prejudicado em decorrência da imposição de alguns fatores condicionantes ao atendimento tais como: horários rigidamente estabelecidos, exigência de documentos pessoais de identificação, comprovação de domicílio ou ainda fatores mais subjetivos relacionados a forma que se apresentam vestidos, ou até mesmo a forma de expressarem suas necessidades ou desejos.

Em muitos acompanhamentos também se observa certa intolerância por parte de alguns profissionais dos serviços que compõem a rede de saúde do território, quanto a forma de viver e de agir da população em situação de rua até mesmo de forma a exercer um juízo moral em relação a condição de rua, utilizando-se de valores do senso comum ou alguma característica mais específica de um ou outro usuário acompanhado pelo CnaR nos seus atendimentos nas unidades de saúde.

Cada ser humano traz consigo a marca da sua história e trajetória de vida, o que determina a sua singularidade. A partir desse princípio, o profissional de saúde que trabalha com população em situação de rua não pode deixar de considerar todos os aspectos subjetivos que contribuem para construir a identidade do sujeito e o lugar que hoje ocupa na sociedade e em seu contexto de vida.

Também existe uma certa indignação e até mesmo uma recusa no atendimento dessas necessidades por parte de alguns profissionais dos serviços de saúde quando solicitadas maior flexibilidade nos horários, ou maior celeridade nos agendamentos, ou atendimentos em virtude da maior vulnerabilidade e exposição que sofrem as PSR, e por conseguinte uma necessidade mais premente na solução de suas necessidades de forma a respeitar o princípio da equidade.

O princípio da equidade também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Neste sentido, no Brasil, existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros (FIOCRUZ, 2018).

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2018).

Uma estratégia importante nesse processo de construção e desconstrução constante é a atuação dos CnaR, que tem a responsabilidade de articular estratégias com os serviços de atenção básica e especializada com o objetivo de garantir aos seus usuários o respeito pelos direitos humanos e constitucionais, sempre sob a ótica da política de Redução de Danos a partir da mediação entre o ideal e o real, da horizontalidade do cuidado e da clínica ampliada.

Neste arcabouço político-institucional do país, os CnaR tem seu início como consultório de rua, na Bahia em 1999, tendo como seu idealizador e realizador Antônio Nery Filho, que após ter conhecido o trabalho da Organização Não Governamental (ONG) francesa Médicos do Mundo, que atendia pessoas em condição de alta vulnerabilidade social como PSR e profissionais do sexo dentro de um ônibus, volta a Salvador e implanta modelo parecido com o que havia conhecido.

Esse modelo de consultório de rua foi implantado na perspectiva da área de saúde mental e, posteriormente, foram criadas propostas na Estratégia de Saúde na Família com equipes específicas para atenção integral a PSR. Desta forma, com o intuito de ampliar o olhar para a PSR, visando o cuidado integral, surge o Consultório na Rua, agora dentro da Atenção Básica.

Os CnaR são formados por equipes multiprofissionais e prestam ações de forma itinerante, compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os CnaR lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

As equipes dos CnaR podem ter três modalidades: quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois de nível médio (modalidade I); seis profissionais, sendo 3 de cada nível (modalidade II); modalidade II com médico (modalidade III). Poderão compor os CnaR profissionais das áreas de: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina, além de Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade das equipes de CnaR deve ter, no máximo, dois

profissionais da mesma área profissional seja de nível superior ou médio. O Agente Social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio.

O CnaR no município de Santos surgiu em 2012, sendo nessa época composto por equipe multiprofissional constituída por assistente social, enfermeira e terapeuta ocupacional, posteriormente essa equipe foi ampliada com a destinação de um técnico em enfermagem. Atualmente em virtude da ocorrência de alteração da gestão houve uma reestruturação desse quadro funcional contando com uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um terapeuta ocupacional. A equipe conta com atendimento médico duas vezes por semana.

O atendimento é realizado em uma van adaptada com dois consultórios, que atende em lugares e dias preestabelecidos de forma a proporcionar vinculação da população alvo. São territórios de atendimento dessa equipe o entorno do Mercado Municipal, Rodoviária, Vila São Bento, Praça da Aparecida, Embaré, Praça do SESC, INSS, José Menino e Orla. Esses territórios foram determinados em virtude de uma maior concentração de PSR ou devido ao maior grau de vulnerabilidade social apresentada.

As adaptações realizadas no carro permitem privacidade para consulta individualizada, bem como, realização de coleta de sangue para exames de rotina, uma vez que tem garantia de biossegurança em virtude da presença de torneira e pia com pedal para acionamento de água. São realizados exames de sangue para sorologias de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, bem como hemograma, BHCG (Gonadotrofina Coriônica Humana), glicemia ou enzimas como TGO (Transaminase Glutâmica Oxalética), TGP (Transaminase Glutâmica Pirúvica) e GGT (Gama Glutamil Transpeptidase) quando necessários. Ainda podem ser realizados exames de escarro para baciloscopia e cultura para detecção de tuberculose.

As ações do CnaR envolvem o cuidado em seu sentido mais amplo, baseado na clínica ampliada, inclui escuta qualificada, acolhimento, vinculação e acompanhamento aos serviços de saúde e realização de exames, além da resolução das questões referidas como angústia pelo sujeito, de acordo com sua avaliação de prioridade, de forma a promover maior vinculação e consequentemente proporcionar a execução de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), idealizado desde o primeiro encontro, pensando o cuidado indivíduo-centrado.

O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários especialistas. Essa prática iniciou-se em 1990, nos serviços de Saúde Mental de Santos/SP e,

posteriormente, tratamos de adaptá-la para outros espaços em que se pratica clínica, como atenção primária, centros de referência e hospitais. (CAMPOS, 2007).

A experiência do CnaR em Santos mostra que após o trabalho de vinculação, a PSR solicita e aceita o cuidado, participando ativamente da elaboração dos PTS e, portanto, reconhecendo-se como ator principal da construção do cuidado e do resgate da autoestima, dignidade, direitos sociais e civis. A partir da prática vivenciada no CnaR surge a necessidade de intervenções que qualifiquem a adesão do usuário, respeitando a autonomia do sujeito e a subjetividade do ser, tendo como objetivo ampliar o acesso e garantir a integralidade do cuidado com equidade e universalidade.

Neste sentido, são questões para os profissionais do CnaR em Santos: Como garantir o acesso da PSR aos serviços de saúde? Como garantir a integralidade do cuidado a PSR? Como potencializar as ações do CnaR com vistas a garantia do acesso aos serviços e ao cuidado integral? Como fortalecer sua autonomia e protagonismo no cuidado de saúde? Essas questões foram disparadoras para a proposta da presente dissertação que se propõem a compreender e analisar como ocorre o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Nesse sentido é necessário abordarmos algumas definições que norteiam as políticas que envolvem a população em situação de rua. Segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social, define que a PSR se caracteriza por ser um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente (BRASIL, 2012).

Essa realidade é característica do processo de exclusão social que existe no Brasil desde sempre. Todo e qualquer indivíduo não inserido ativamente no mercado de trabalho acaba por ficar à margem da sociedade na qual se insere e isso se dá em todos os níveis sociais, sendo mais excludente e mais intensa nas classes menos favorecidas tornando-se até mesmo um determinante causal para uma série de doenças ou distúrbios associados a esta condição.

Snow e Anderson (1998, p. 77) afirmam que o mundo social dos moradores de rua constitui-se em uma subcultura, ainda que limitada ou incompleta. Trata-se de um mundo social que não é criado ou escolhido pelas pessoas que vivem nas ruas, pelo menos inicialmente, mas, para o qual foram empurradas por circunstâncias alheias ao seu controle. Partilham, contudo, do mesmo destino, o de sobreviver nas ruas e becos das grandes cidades.

É importante apontar que uma pessoa é considerada em situação de rua quando utiliza logradouros públicos como local de habitação e para atividades cotidianas (dormir, alimentar-se e trabalhar), assim como aquela que pernoita em albergues pelo fato de não possuir moradia própria (Reis e Galvani, 2001).

Vieira, Bezerra e Rosa (1994, p. 93-95) identificam três situações em relação à permanência na rua:

- a) As pessoas que ficam na rua – configuram uma situação circunstancial que reflete a precariedade da vida, pelo desemprego ou por estarem chegando na cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou de parentes. Nesses casos, em razão do medo da violência e da própria condição vulnerável em que se encontram, costumam passar a noite em rodoviárias, albergues, ou locais públicos de movimento.
- b) As pessoas que estão na rua – são aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento. É o caso dos guardadores de carro, descarregadores de carga, catadores de papéis ou latinhas.
- c) As pessoas que são da rua – são aqueles que já estão faz um bom tempo na rua e, em função disso, foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool e das drogas, pela alimentação deficitária, pela exposição e pela vulnerabilidade à violência.

Para Seidenberg (2005), as pessoas em situação de rua são aquelas que vivem em albergues, ou sob marquises, viadutos, avenidas e outras vias públicas. Este contexto adverso expõe esses moradores a fatores de riscos sociais e comprometem sua qualidade de vida, tornando-os vulneráveis a situações de violência, humilhação, invisibilidade, criminalidade, entre outros. A definição do termo “pessoas em situação de rua” surgiu recentemente em substituição às terminologias “moradores de rua”, “população de rua” e mendigos, que criaram estereótipos situando a pessoa que mora na rua de maneira enraizada, não possibilitando um olhar transformador dessa condição. Com isso, abre-se espaço para formulação de preconceitos, que por muitas vezes são legitimados pelo governo, quando este promove as operações de higienização das ruas, onde se faz a remoção destas pessoas para albergues ou até para outras cidades.

Transformar logradouros públicos em moradia requer um conjunto de ressignificações da forma de organização de vida, onde se mantêm uma rotina de adversidades não controladas como podemos manter em um espaço privado.

Isto faz com que o morador em situação de rua necessite de um processo de adaptação à sua nova realidade, de forma que consiga realizar as suas atividades de vida diária, aprender a lidar com perdas, tanto afetivas quanto materiais, e transformar cada rua da cidade em um lugar para se viver (OLIVEIRA, 2015).

Dessa forma, observa-se que as condições de vulnerabilidades vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, acarretam riscos maiores para a saúde desse grupo e representam um desafio para a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade.

Para melhor compreender o acesso, os diversos aspectos de utilização dos serviços de saúde, que o influenciam de forma positiva ou negativa, podem ser agrupados nas seguintes dimensões: (1) disponibilidade: diz respeito à oferta de serviços (2) acessibilidade: relaciona-se à proximidade e/ou facilidade geográfica do serviço, como também às formas de trabalho organizadas para atenção, fluxos, horários, rotinas, prioridades técnicas, entre outros e (3) aceitabilidade: dimensão que se relaciona com as características da população, isto é, suas crenças, condições socioeconômicas, graus de satisfação com o serviço utilizado, entre outros (FRENK, 1992, ADAY; ANDERSEN, 1974).

Esse conjunto de ações e serviços de saúde, atualmente no Brasil, funciona de forma integrada numa rede regionalizada e hierarquizada, num sistema único e organizado por diretrizes que se dividem em princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular) (GOMES, 2002; MARTINS, 2008; MELO, 2007; MS, 2000; NEGRI, 2002; OLIVEIRA, 2006; POLIGNANO, 2001). Considerado um sistema único, porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade descentralizada das três esferas autônomas de governo: federal, por meio do Ministério da Saúde (MS); estadual, mediante a Secretaria Estadual de Saúde (SES); e municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (MS, 2000). Vale salientar que, apesar de seguir os mesmos princípios, a prática cotidiana descortina peculiaridades regionais que diferenciam o sistema ao longo do país, gerando diferenças no funcionamento de suas ações dentro dos três níveis de atuação.

Desse modo, através do SUS, toda a população deve ter acesso à saúde, sendo atendida na Atenção Básica e sendo referenciada para os níveis mais complexos de atendimento, quando necessário. Assim, a saúde se torna um direito universal, independentemente de sexo, raça ou crença; cabendo ao SUS priorizar promoção da saúde àqueles que mais necessitam, de modo a gerar equidade no acesso à saúde; sempre visando o ser humano em sua totalidade, reconhecendo que cada pessoa é um ser indivisível e integrante de uma comunidade, para que as ações de saúde sejam realizadas num conjunto integrado e em equipe transdisciplinar. E para que o sistema funcione na prática, sua organização deve respaldar-se numa gestão onde as responsabilidades sejam redistribuídas entre os vários níveis de governo, de modo que os gestores possam estar mais próximos dos serviços; que devem funcionar respeitando a hierarquização do sistema, onde os três níveis (Atenção Básica, Secundária e Terciária) devem funcionar seguindo sua hierarquia e de forma interligada, por meio da referência e contra referência; reforçando ainda a importância dos Conselhos Municipais de Saúde e cultivando a participação da população neles, para uma efetivação do controle social e da participação popular (MELO, 2009; POLIGNANO, 2001).

A produção de uma rede de cuidado traz consigo a proposta da humanização de ações e serviços de saúde e, como consequência, a responsabilização de todos os trabalhadores e gestores em construir, com os usuários, transformações concretas na prática cotidiana das unidades de saúde. Dessa forma, a rede de cuidado implica a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis, no âmbito do SUS, garantindo a integralidade e coordenação do cuidado como diretrizes importantes para a atual Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde. (MS, 2012)

Há, ainda, normativas específicas que vem reafirmar e garantir direitos antes propostos, mas nem sempre garantidos como por exemplo o Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional.

A política prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2011, pág.13).

Já a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua, articula as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental, com o objetivo de proporcionar integralidade e universalidade aos usuários atendidos, bem como o respeito ao *modus vivendi* e *operandi* do indivíduo de forma a respeitar seu querer e suas escolhas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017 consolidada na portaria Nº 3 de 03/10/17, prevê em seus artigos:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I.I – Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade;
- c) Integralidade.

II.II – Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;

- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede;
- i) Participação da comunidade.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Tomando o cuidado à PSR, a integralidade, princípio do SUS relaciona-se à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano (BRASIL, MS, 2004). A integralidade é uma categoria analítica com grande potencial de diálogo e superações das tensões no interior das práticas de saúde, pois propicia o reconhecimento das necessidades, da integração, da articulação e interações dos componentes que participam do processo de atenção à saúde, isto é, usuário, profissionais, gerência, saber científico, institucional, entre outros (AYRES, 2009).

A integralidade assume uma prioridade entre os princípios do SUS, pois significa a assistência ao usuário, em tudo o que representa sua necessidade. Isto inclui a garantia de boas condições de vida, de acolhimento nas Unidades de Saúde, de resolutividade dos problemas e, sobretudo, de acesso a todas as tecnologias de cuidado. Portanto, a integralidade está ligada à ideia de uma alta eficácia nos serviços de saúde e um processo de trabalho centrado no usuário. Um dos principais desafios para a integralidade, como princípio e diretriz do SUS, está na sua inserção como rotina nas práticas de cuidado (FRANCO, 2009)

A noção de integralidade já aparece na Constituição de 1988, “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988 apud Mattos, 2001). Um dos pilares desta noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros.

Outro princípio do SUS em destaque na discussão do cuidado à PSR é a universalidade que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. (BRASIL, MS, 2004).

Universalização a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as

pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (FIOCRUZ, 2018).

Anteriormente a essas leis e portarias, na Constituição Federal de 1988, Seção II, onde consta o item Da Saúde em seu artigo 196 já podíamos observar a garantia de direito a saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Frente ao exposto acima ainda percebemos que há uma distância entre o que está nas diretrizes e políticas públicas sobre o tema e o que se efetiva na prática cotidiana da atenção a população em situação de rua. Outras pesquisas já se debruçaram sobre isso como o estudo feito no município do Rio de Janeiro que propunha discutir a prática de um consultório na rua no artigo: Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua ou ainda a discussão na área da saúde mental que propõe a dissertação: Percepções de usuários de crack em situação de rua sobre o tratamento para a dependência química que propunha que o usuário colocasse suas percepções sobre seu tratamento em uma perspectiva mais ampliada da relação do usuário com seu tratamento.

Nos dias atuais observa-se crescente interesse pela temática e ainda um aumento de bibliografias sobre o assunto, além de todas as legislações e portarias anteriormente citadas, porém, apesar de todo esse referencial legislativo, de políticas públicas e de profissionais dedicados a essa temática ainda não conseguimos garantir de forma mais sistemática e autônoma o acesso dessa população aos serviços de saúde.

A cidade de Santos tem como atrativo as praias e a proximidade da capital do Estado, além de ser considerada desde sempre uma cidade acolhedora inclusive trazendo em seu brasão de armas gravada a frase em latim “Patriam Charitatem et Libertatem Docui”, que quer dizer “À Pátria Ensinei a Caridade e a Liberdade”, fato que vem sendo reforçado pelas diversas Organizações Não Governamentais (ONGs) que desenvolvem ações assistencialistas de distribuição de alimentação e kits de higiene e que “acolhem” distribuindo comida, propiciando dessa forma um reforço de fixação aos locais onde são realizadas as referidas ações, porém, sem um compromisso maior de desenvolvimento pessoal ou profissional dos indivíduos assistidos nem tampouco garantia de acesso ao sistema de saúde, habitação ou a outros direitos sociais e civis.

Esse é um paradoxo cotidianamente observável pelo qual passa a PSR, onde são visíveis pela ótica assistencialista e higienista da sociedade e invisíveis pela perspectiva dos direitos sociais e civis.

A condição de invisibilidade é reforçada, ainda, pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante (HALLAIS, 2015).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2008) realizou pesquisa nacional publicada no ano de 2008 e constatou que os municípios que possuem o maior número de moradores em situação de rua são: Rio de Janeiro (4.585), Salvador (3.289), Curitiba (2.776), Brasília (1.734), Fortaleza (1.701), São José dos Campos (1.633), Campinas (1.027), Santos (713), Nova Iguaçu (649), Juiz de Fora (607) e Goiânia (563), dentre eles a maioria é do sexo masculino com (82%), com idade entre 25 e 44 anos (53%) e que nunca estudaram ou não concluíram o ensino fundamental (63,5%). Em relação à cor: 39,1% pardos, 27,9% negros, 29,5% brancos, 1,3% indígenas, 1% amarelo oriental e 1,2% de cor não identificada. As cidades de São Paulo e Belo Horizonte não foram incluídas nesta pesquisa, por já terem concluído pesquisas locais.

Em época de temporada, as cidades da Baixada Santista têm um aumento significativo de sua população, entre turistas e moradores. Os municípios que compõem a Baixada Santista estão interligados, praticamente não existindo fronteiras sendo assim ficando o trânsito entre as cidades facilitado e contínuo.

A procura por uma oportunidade na cidade tende a ser crescente, principalmente nos períodos de temporada, que se entende de dezembro a março de cada ano. Os trabalhos temporários, o aumento do número de turistas e o clima quente que é mais favorável quando se diz respeito em dormir na rua, bem como a existência de chuveiros ao longo da orla são os atrativos da Baixada Santista para os denominados “viajantes” que são pessoas que não se fixam em determinada cidade por muito tempo.

Compete a Secretaria de Assistência Social (SEAS) de Santos a gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) oferecer os serviços e equipamentos de Proteção Social Básica e Especial para os indivíduos que deles necessitarem.

No âmbito da Assistência Social, a rede é composta pelos seguintes equipamentos: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS, no total de sete); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) unidade pública de atendimento especializado às famílias e pessoas que tiveram seus direitos violados e necessitam de uma rede de serviços para

orientação e apoio especializado e continuado. Caracterizam-se como serviços de média complexidade destinados as famílias e indivíduos vítimas das diversas formas de violência, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos.

Centros Comunitários e de Convivência (no total de quinze); Repúblicas (no total de quatro) Serviço de proteção, apoio e moradia subsidiada a grupo de idosos em situação de risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados, preservando sua autonomia e convivência comunitária onde os próprios moradores gerenciam as atividades e as despesas da casa.

A cidade também conta com a oferta de projetos sociais como Bom Prato: programa de segurança alimentar, criado no estado de São Paulo para servir refeições de qualidade a preços acessíveis à população de baixa renda; Família Acolhedora: consiste em cadastrar e capacitar famílias da comunidade para receberem em suas casas, por um período determinado, crianças, adolescentes ou grupos de irmãos em situação de risco pessoal e social; Vovô sabe tudo: O programa visa a inclusão social de idosos de Santos que tenham interesse em atuar junto a crianças, adolescentes e adultos atendidos pelos serviços da Prefeitura de Santos; Salão Autoestima: projeto de incentivo à geração de renda, profissionalizando para corte de barba e cabelo; Programa de inclusão Cidadã – Projeto Fênix: reinserção e capacitação para o mercado de trabalho; Centro de Referência Especializado a População em Situação de Rua (Centro POP): facilita a reinserção social dos atendidos, faz encaminhamento para documentação e acolhimento institucional, para escolarização, atendimento de saúde e de preparação para o mercado de trabalho; Abordagem Social: serviço de abordagem e apoio, nas 24 horas do dia, as crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, que utilizam espaços públicos como forma de moradia e, ou, sobrevivência.

No âmbito da Proteção social especial de alta complexidade, no SUAS encontram-se os abrigos voltados às pessoas em situação de rua. Na cidade de Santos este acolhimento é realizado na Seção de Acolhimento de Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (SeAcolhi – AIF), este serviço deve identificar as famílias e indivíduos com direitos violados, a natureza das violações, as condições em que vivem e suas estratégias de sobrevivência, procedência, aspirações e relações estabelecidas com as instituições. Na Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (SeAbrigo) é feito um serviço de acolhida, apoio, orientação e atendimento psicossocial de adultos, idosos e famílias em situação de rua, procedendo ao levantamento de seu histórico de vida, localização de seus familiares, retorno a

cidade de origem, excepcionalmente providência seu abrigamento provisório e outros encaminhamentos previstos no Sistema Único de Assistência Social.

A Casa da Anas é um abrigo exclusivo para mulheres, com ou sem filhos, em situação de rua e tem como objetivo prepará-las para reingressar no mercado de trabalho e/ou núcleo familiar. Com capacidade para vinte e quatro mulheres que são encaminhadas pela secretaria de assistência social (Centro POP ou CREAS), podendo permanecer por seis meses e com possibilidade de estender por mais seis meses (SANTOS, 2012). A instituição é conveniada a prefeitura para a prestação do serviço sendo esse convênio recentemente renovado.

Também conta com seções destinadas as crianças e adolescentes como a Seção de Abrigo de Crianças e Adolescentes Serviço de acolhimento de crianças e adolescentes com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, em unidade residencial, destinada ao atendimento de pequenos grupos a fim de garantir a proteção integral prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente e a Seção de Família Acolhedora Serviço destinado ao acolhimento temporário de crianças e adolescentes cujas famílias vivenciam um momento de crise garante o direito à convivência familiar e comunitária em família acolhedora sob forma de guarda . As famílias acolhedoras passam por processo de seleção e capacitação e recebem subsídio financeiro enquanto durar o acolhimento. A família de origem recebe apoio, orientação e acompanhamento durante o período de acolhimento para que possa reaver a guarda de seus filhos.

De acordo com a Secretaria de Assistência Social, Santos tem 204 vagas em abrigos distribuídos em: Casa das Anas com vinte e quatro vagas, Seção Acolhimento para Adultos, Idosos Famílias em Situação de Rua (SeAcolhi AIF) com oitenta vagas, Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (SeAbrigo) com cinquenta vagas e o Albergue Noturno com cinquenta vagas (SANTOS, 2012).

Levando em consideração a organização dos abrigos e albergues e as particularidades da população, se tornam ainda mais difícil o acesso e a permanência a estes equipamentos. Uma parcela da população em situação de rua, quando vê necessidade de uma maior atenção a saúde por exemplo, frequenta os abrigos e albergues disponíveis na rede de Assistência Social onde, na maioria das vezes, há uma oferta de leito, roupa de cama, cobertores, roupa para trocar, material de higiene e alimentação. Entretanto, diante das regras estabelecidas nos serviços de acolhimento institucional em função da necessidade de organização e convivência, parte dessa população deixa de frequentar os albergues (COSTA, 2005).

Foi realizado um levantamento bibliográfico para identificar a produção que foi realizada sobre a saúde da população em situação de rua na cidade de Santos especificamente.

O levantamento bibliográfico foi realizado em bancos de dados eletrônicos da biblioteca virtual em saúde (BIREME), Scientific Eletronic Library online (SCIELO), Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de nível Superior (CAPES). A partir dos seguintes descritores: população em situação de rua, saúde e Santos. Sem restrição de datas.

Foram identificados estudos apresentados em bases de dados duplicadas, sendo considerado em apenas uma base.

A partir disto, identificamos 9 pesquisas: 2 artigos; 4 dissertações; 1 tese; 1 monografia e 1 trabalho de conclusão de curso. Listados no quadro abaixo.

AUTOR	ANO	TITULO	TIPO DE TRABALHO
Costa, Samira Lima da; Vida, Cindy Passeti da Costa; Gama, Isabela Augusta; Locatelli, Nathália Tarossi; Karam, Bruno Jaar; Ping, Chao Tsai; Massari, Marina Galacini; Paula, Tailah Barros de; Bernardes, Ana Flávia Martins.	2015	Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas	Artigo
Andrade, Luana Padilha; Costa, Samira Lima da; Marquetti, Fernanda Cristina.	2014	A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo	Artigo
Maria José Gomes de Aguiar	2014	Moradores de rua na cidade do Guarujá/SP: Condições de vida, saúde, emoções e riscos.	Dissertação
Cíntia Cristina Silva Rossi	2015	Percepções de usuários de crack em situação de rua sobre tratamento para dependência química.	Dissertação
Igor da Costa Borysow	2013	Acesso e equidade: Avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua com transtorno mental grave.	Dissertação
Joana Teixeira Ferraz da Silva	2015	Dando voz à população em situação de rua: Relatos de experiências na rede de saúde do município de Santos.	Dissertação
Alcino Antonio Campos Golega	2017	Avaliação das etapas do cuidado contínuo de paciente com HIV/Aids, atendido em serviço de atendimento especializado em Aids (SAE), no município de Santos – SP. 2009 a 2013.	Tese

Rodrigues, L.M.	2002	População em situação de rua no município de Santos: o ontem e o hoje	Monografia
Pereira, A.L.C.M.	2013	Da subalternidade à busca da cidadania das pessoas em situação de rua no município de São Vicente	TCC

De acordo com esse levantamento pode se concluir que a bibliografia relacionada está limitada a esses nove resultados. Nota-se que sobre o ponto de vista da PSR sobre as questões relacionadas as concepções de saúde, o que consideram necessário para manutenção da mesma e às formas de acesso aos serviços de saúde na região de Santos e Baixada Santista é mais restrita ainda justificando assim a idealização e realização da pesquisa pretendida.

Mesmo o descritor sendo utilizado para a cidade de Santos apareceram resultados relacionados a Baixada Santista.

Esse fenômeno também é observado nas trajetórias de vida dos participantes da pesquisa devido a proximidade geográfica das cidades e dada a constante migração encontrada no movimento que esta população realiza transitando pelas circunvizinhanças e até mesmo na utilização das mesmas redes de apoio.

Algumas das pesquisas não trazem o descritor Santos em seus títulos, porém, narram situações na cidade de Santos e por isso configuram na revisão realizada.

Na dissertação Percepções de usuários de crack em situação de rua sobre tratamento para dependência química apontou para uma crítica quanto a dificuldade de adesão ao tratamento em abstinência total ofertado por comunidades religiosas além de detectar a existência de críticas, pouca informação e acesso limitado aos modelos de atendimento praticados pela rede de saúde e conhecimento da estratégia de Redução de Danos.

Estigma, discriminação e preconceito são referidos nas falas dos usuários, que relatam vivenciá los, inclusive na relação com alguns profissionais das redes de saúde e assistência social, dificultando dessa forma o acesso as redes de atenção ou apoio.

A dissertação Acesso e equidade: Avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua com transtorno mental grave traz como reflexão a forma de entrada ou acesso mais frequentemente utilizada sendo a rede socioassistencial o acesso dessa população aos serviços de saúde mental, indicando que o trabalho intersetorial precisa ser melhor desenvolvido para a efetividade do acesso à rede pública de saúde, o que exige aumento de recursos humanos nas equipes e educação permanente.

Os dados evidenciam inúmeras estratégias cotidianas de produção de vida e de projetos futuros, tanto nas ruas como fora delas. Identifica-se, também, a necessidade de aprofundar o debate acerca das políticas públicas voltadas a essa população que, até o momento e segundo a leitura dos narradores, concentram-se em propor modelos de intervenção restritos ao objetivo de retirada das pessoas ruas, o que não promove iniciativas pessoais e coletivas de transformação

A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo, traz colaborações importantes quanto as formas de produção de vida e de cotidiano e ainda quanto a existência de medidas de retirada da rua tão somente sem que haja uma preocupação em promover iniciativas pessoais ou coletivas de transformação.

O resultado desta pesquisa será compartilhado com os profissionais dos serviços envolvidos nos territórios de abrangência e com a Comissão De Pesquisa e Intervenção – SMS SANTOS no período de um mês após defesa.

A hipótese para essa pesquisa é que a situação de rua traz dificuldades ao acesso à saúde e ao cuidado integral para esta população e que na medida que fossem melhor compreendidas poderiam ser minimizadas pelo trabalho dos profissionais do consultório na rua e demais profissionais que atendam essa população.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o acesso à saúde e ao cuidado integral da população em situação de rua no município de Santos, São Paulo.

2.2. Objetivos Específicos

- Compreender os relatos da população em situação de rua sobre as facilidades e barreiras ao acesso à saúde;
- Criar subsídios para qualificar as ações do consultório na rua no município de Santos bem como outros profissionais envolvidos nos atendimentos e itinerário terapêutico desse indivíduo.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Este é um estudo exploratório de abordagem qualitativa que se aplica no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO 2010).

O método utilizado foi a história oral da vida dos participantes, por se caracterizar como um instrumento importante para a reunião de informações no que se refere ao registro das concepções, valores e experiências de vida do indivíduo.

Com relação ao seu uso, a história oral pode se apresentar em três formas diferentes, dependendo do conteúdo trabalhado nas entrevistas: história oral de vida, tradição oral e história oral temática. a história oral de vida constitui a narrativa do conjunto de experiências de uma pessoa; a tradição oral trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais, asseguradas em referência ao passado remoto; e a história oral temática, em que o compromisso é a elucidação ou a opinião do narrador sobre algum evento definido (MEIHY, 2005).

A história oral de vida é uma das modalidades inseridas na história oral (Meihy, 1997). Ela reconstrói uma história singular e esta está repleta de interações sociais. Assim, ao analisar a fala dos sujeitos, estão implícitas as relações sociais, as posições dos mesmos e as estruturas nas quais estão envolvidos. Este conjunto traz uma rede de significados que possibilita o entendimento de uma trajetória individual e, ainda, a elucidação de tendências gerais para a compreensão de um grupo social (Arpini, 2003)

A fonte oral é a base primária para a obtenção de qualquer forma de conhecimento, seja ele científico ou não, o que vai dar legitimidade científica serão os critérios adotados na busca e na construção desse conhecimento. As narrativas ganharam caráter científico quando os argumentos foram sistematizados, arranjados metodologicamente, equiparados uns aos outros em diálogo continuado e cumulativo e assumidos profissionalmente (MEIHY, 2005).

As entrevistas em profundidade (APÊNDICE A) foram realizadas com sete pessoas do gênero masculino, uma de gênero feminino e uma transsexual¹ acompanhadas

¹ Transexualidade: “contexto vivencial que se refere a um indivíduo com identidade de gênero caracterizada por uma postura afirmativa de auto identificação, solidamente construída e confortável nos parâmetros de gênero estabelecidos (masculino ou feminino) independente e soberano aos atributos biológicos de nascença sexualmente diferenciados. Essa afirmativa consolidada traduz-se numa não-identificação com esses atributos e pode, eventualmente, se transformar em desconforto ou estranheza diante dos mesmos, a partir de condições sócio-culturais adversas ao pleno exercício da vivência da identidade de gênero constituída. Isto pode se refletir na experiência cotidiana de auto-identificação ao gênero feminino – no caso das mulheres que vivenciam a transexualidade (que apresentam órgãos genitais classificados como masculinos no momento em que nascem), e

longitudinalmente pela equipe do CnaR, nos territórios do Mercado Municipal e Aparecida e que aceitaram participar da pesquisa.

Foram realizadas nos locais escolhidos pelos participantes de forma a deixa-los mais à vontade durante a entrevista, sendo uma delas na praça onde ocorrem os atendimentos e local onde as pessoas chegam para descansar e socializar no fim do dia, outra no salão paroquial da Igreja de um dos territórios, uma em um dos bancos em frente ao terminal de embarque das catraias, quatro no canal onde costumam exercer algumas atividades laborais ou sociais e uma na calçada onde constitui seu local de fixação chamada comumente de “maloca” (abrigo construído com caixotes de papelão, tábuas e demais objetos que possam auxiliar na proteção contra frio e etc), pela entrevistada e por outras PSR.

As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados de estar presente no encontro, porém, sem maiores prejuízos pessoais ou laborais na suas lógicas de vida. As entrevistas foram gravadas, transcritas e tinham como pressuposto que deveriam ser feitas a partir de um vínculo preestabelecido com esses colaboradores. Tiveram duração entre cinco minutos e uma hora.

O material produzido foi analisado segundo a técnica de análise de conteúdo:

A técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos, considerando contexto econômico, social e histórico sobre qual os dados são conduzidos o permitindo ao pesquisador diversas interpretações e um dos desafios seja abordar este conteúdo no campo objetivo e no campo simbólico ou seja, naquilo que não está aparente na mensagem o outro é vincular totalmente ao texto ou a técnica, para que os valores do pesquisador não modifique os significados atribuídos pelo sujeito da pesquisa (CAMPOS, 2004).

Análise de conteúdo como uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los. Então a técnica possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2014).

Os pesquisadores que buscam a compreensão do significado no contexto da fala em

apresentam órgãos genitais classificados como masculinos no momento em que nascem), e ao gênero masculino – no caso de homens que vivenciam a transexualidade (que apresentam órgãos genitais classificados como femininos no momento em que nascem). A transexualidade também pode, eventualmente, contribuir para o indivíduo que a vivencia objetivar alterar cirurgicamente seus atributos físicos (e até genitais) de nascença para que os mesmos possam ter correspondência estética e funcional à vivência psico-emocional da sua identidade de gênero vivencialmente estabelecida. (ABGLT, 2007, p. 11)

geral negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critérios de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem para atingir mediante a inferência uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2014).

Quanto aos aspectos éticos, este trabalho foi autorizado pela Comissão de Projetos de Pesquisa e Intervenção da Prefeitura Municipal de Santos (COMPESIM) parte integrante da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada (Coform), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Federal de São Paulo (parecer número 2.716.384 de 15 de junho de 2018), em atendimento às normas da Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (ANEXO 1). Os dados foram coletados após aprovação do CEP e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreende-se por situação de rua o processo de rualização no qual o indivíduo que, por não possuir uma moradia fixa, habita transitoriamente diversos logradouros públicos, albergues ou pensões. Portanto, essa expressão é utilizada para enfatizar o aspecto processual da passagem pela rua como um momento da biografia individual e não como um estado permanente (Mattos, 2003). O decreto nº7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento.

Em Santos, foi realizado um censo pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) em 2013, divulgado em 2014, que constatou que a cidade possui 597 moradores de rua que se concentram nos bairros: Vila Nova (16,1%); Vila Mathias (12,9%); Gonzaga (8%) e Centro (6%). Dentre eles 94,9% são adultos, 86,6% são homens, 40,8% são pardos, 48,8% possuem de 31 a 49 anos, 0,9% são adolescentes, 0,2% são crianças, 28% são santistas, 72% vieram de outras cidades, 84% são usuários de drogas, destes 64,9% consomem álcool.

Foi possível observar, que a maioria dos participantes são do gênero masculino. Quanto à idade, há uma predominância na faixa etária entre 41 e 50 anos (45%), e na faixa etária entre 51 e 60 anos (45%), apenas 10% dos participantes possui idade na faixa etária entre 20 e 30 anos.

A maior parte dos participantes está na faixa etária de 41 a 60 anos, passando da fase madura da vida para fase de envelhecimento. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (Lima e Costa, 2003).

Em relação à origem dos participantes observa-se que apenas 40% são do Estado de SP, 60% dos participantes são oriundos de outros Estados. A maioria dos entrevistados residem na cidade de Santos entre 11 e 20 anos, 20% residem entre 21 e 30 anos e 20% residem na cidade entre 1 e 10 anos. Vale ressaltar que 100% dos entrevistados se identificam com o local onde residem.

4.1. AS HISTÓRIAS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Nesta seção são apresentadas as pessoas entrevistadas, as trajetórias de vida e de cuidado. Apresenta-se a história de vinculação com a pesquisadora, reflexões sobre o trabalho

no CnaR e sobre os itinerários de cuidado. Pontuam-se reflexões iniciais sobre a composição de seus cotidianos e suas redes de apoio, bem como o diálogo com a literatura.

Turmalina²

Fui apresentada ao Turmalina por um agente RD que ao me mostrar o território ia me mostrando algumas lideranças ou referências locais para ajudar nas abordagens ou ainda para atuar junto com a equipe do CnaR como um agente mobilizador junto aos seus pares.

Turmalina é um homem de 51 anos, experiente e comunicativo e, portanto, logo começa a contar um pouco de sua história e da situação que ele e seus companheiros vivenciam nas ruas. Começa me contando que veio de Minas Gerais e que teria morado em algumas outras cidades antes de vir para Santos, relatando até mesmo suas incursões a Bolívia que permitiram que se apropriasse do ‘portunhol’ e um pouco do Guarani. Sobrevive em Santos de reciclagem e pequenos bicos que faz para a vizinhança local.

Em alguns momentos se dispõe a estar conosco certo da importância de promover acesso aos cuidados de saúde oferecidos pelo CnaR para seus companheiros de rua, certo de cumprir uma função social importante. Quando o conheci não tinha ainda a dimensão que estar conosco em uma intervenção de saúde representava não fazer outros corres² necessários como estratégia de sobrevivência, mas, mesmo assim, nunca recebi um “não” dele. Quando era convidado, logo se reorganizava e vinha participar das ações conosco. Me pedia uns minutos para ir ali ou acolá, para se reorganizar e já saía avisando os colegas que iríamos ter coleta de sangue ou realização de vacinas logo mais.

E assim nossa parceria foi se fortalecendo...

Lembro me que a coleta de sangue ele não quis fazer, só aceitou os cuidados após ser orientado sobre a importância da vacinação para Hepatite B como prevenção ao contágio de uma doença que poderia ser transmitida via sexual. Após algum tempo recebo o contato do psicólogo que atendia em uma casa de acolhimento dizendo que ele referia ter tomado as vacinas e que precisava de sua carteirinha.

Realizei uma visita para entregar sua carteirinha e saber como estava nesse novo contexto de vida.

2. Termo comumente usado para definir as atividades informais que eles utilizam como estratégia de sobrevivência.

Turmalina estava animado com sua nova condição de vida e tratamento. Apenas a questão do isolamento social a que seria submetido por alguns meses o incomodava, mas, ainda assim, seguiu firme, referindo abstinência total do álcool e outras drogas por alguns meses. Teve a oportunidade de voltar a estudar, fato que o motivava bastante.

Passamos a ir todos os domingos a feira do rolo com o intuito de diminuir um pouco essa angústia de estar apartado totalmente do convívio dos amigos e rede de apoio constituída em seus arranjos de vida. Mas a cada mês que passava ficava mais difícil se manter nessa condição. Pensei que ele fosse desistir. Me entristecia a cada vez que o deixava lá na casa de apoio e sentia o mesmo por parte dele que chegou um dia a expressar que se sentia voltando para uma prisão. Com a previsão de alta, o maior problema era para onde ir, para não voltar para as ruas. Um antigo conhecido para quem já fazia uns trabalhos de ajudante tinha um quartinho no seu comércio e o acolheu de forma temporária. Passados alguns meses ele conseguiu se organizar e alugar um quartinho por ali mesmo, continuava se utilizando das mesmas estratégias de sobrevivência de antes e agora ainda vendia uns refrigerantes e doces no período da noite em seu quartinho mesmo.

Começou a participar de alguns eventos comigo contando sua experiência de vida e de superação. Devido aos seus arranjos e estratégias de sobrevivência não conseguiu adesão ao Centro de Apoio Psicossocial Álcool e outras Drogas, porém, se utiliza da estratégia da Redução de Danos de forma a não deixar que o uso abusivo atrapalhe suas relações sociais e laborais.

A proposta era que a participação dele nesses eventos se constituísse uma nova forma de atuar junto a ele de forma a promover mudanças em suas atividades cotidianas de forma a iniciar o processo de ressignificar suas práticas e reorientar ações de promoção e produção de saúde.

Apresenta-se como uma necessidade, ainda, a construção de novas formas de atuar junto a essa população, tendo como eixo as atividades cotidianas e as estratégias de vida, adequando-se ao ritmo e à dinâmica de vida dessa população. (COSTA et al., 2015)

Voltou a estudar e tem como sonho poder concluir o ensino médio, mas quer fazer também o ensino profissionalizante. Fez um processo seletivo e se capacitou em Redução de Danos, atualmente e participa do Projeto Div3rso na Unifesp como facilitador. É possível perceber que ele está conseguindo se reorganizar de acordo com sua autonomia e seu protagonismo em relação às suas atividades cotidianas de vida impactando de forma positiva na busca pelo seu próprio cuidado nos aspectos clínicos e sociais que permeiam sua existência.

Como estamos coexistindo no mesmo território por alguns momentos acaba presenciando alguns de nossos atendimentos a outros usuários e por vezes trazendo até mesmo uma avaliação crítica daquele contexto social ou de vida.

O tempo de convivência me fez perceber que faltavam espaços de convivência social, como esse grupo criado pela Unifesp que o acolhesse compreendendo sua história, validando seus sentimentos, valorizando seu conhecimento e capacitando-o para a atuação como redutor de danos e ainda de forma a melhorar sua relação com os diversos atores envolvidos no projeto e também sua relação de uso com as substâncias psicoativas permitindo que desenvolvesse seu enorme potencial resgatando sua cidadania pela sua própria história de vida ensinando os demais do grupo como foi sua vivência nas ruas e ainda mobilizando outros companheiros de rua, a estar nesse espaço de empoderamento social e construção de políticas públicas.

Desta forma ressignificou sua condição social de usuário de drogas em tratamento para um agente mediador que hoje também transforma mundos de outras pessoas que igualmente tem potencial mas ainda esperam uma oportunidade.

É um tradutor desses dois mundos, consegue entender a linguagem técnica utilizada por nós profissionais de saúde e consegue fazer uso da linguagem popular mais usual entre os usuários fazendo que a informação faça mais sentido naqueles cotidianos.

Por mais que os profissionais se esforcem para que haja uma comunicação efetiva e mais horizontalizada diminuindo a distância entre os dois mundos ainda permanece inerente a nossa vontade uma relação de quem fala de um outro lugar.

Quando apostamos na atuação de um dos integrantes dos grupo como facilitador dessa comunicação e vínculo estamos de forma a qualificar as ações e torna las mais efetivas e resolutivas.

Transita com tranquilidade pelos dois mundos fazendo a diferença nos dois campos de práticas. Suas vivências e influência junto aos parceiros de rua consegue mobiliza-los a participar também desses momentos sociais e de cidadania e ainda sua presença na academia traz imensas colaborações no sentido da articulação social e descoberta de outros contextos de vida e produção de práticas.

Mesmo sendo uma pessoa que apresenta articulação social suficiente para a resolução de suas necessidades básicas em seu cotidiano, revelou apresentar dificuldades que mesmo uma pessoa que é super articulada enfrenta para ter seu cuidado de saúde garantido e ainda revela questões pertinentes quanto a dificuldade na manutenção do cuidado quando esse significa ficar

longe dos seus afetos.

Sr. Cotia

Diante da proposta de atuação em um novo território realizamos uma visita a Praça da Aparecida para verificar as condições estruturais locais para adequado funcionamento do carro e possibilidades de atuação da equipe. Logo após nossa chegada, nesse novo campo, encontramos Sr. Cotia. Ele vem ao encontro da equipe na van para saber o que aconteceria ali com a nossa chegada e já inicia sua apresentação pessoal e relato de sua trajetória.

Ele também atua como uma liderança local, mantendo a organização do grupo. E assim organiza o seu dia entre as atividades laborais e sociais. Realiza pequenos trabalhos para os vizinhos como pagar contas, ir ao mercado, passear com cães e com um papagaio e ainda ajuda na igreja.

É respeitado como tal, ali todos o conhecem. Aliás por ali e pela região acabei descobrindo depois que Sr. Cotia traz aos poucos os companheiros que precisam de atendimento de saúde e os socorre quando algo mais grave acontece. Talvez por ser o mais organizado insiste junto aos companheiros na busca pelo cuidado de saúde e consegue garantir atendimentos junto as unidades de saúde e atendimento emergencial quando necessário. No grupo de convivência, seu companheiro mais próximo já começa a sofrer as consequências do uso abusivo do álcool: apresenta abdômen ascítico, dano associado a doença cirrótica crônica avançada.

É um homem de 54 anos, cheio de histórias para contar e truques para ensinar. Gosta de desafiar a todos com charadas, questões de raciocínio lógico e mágicas e se rolar um sambinha... ele sai distribuindo charme e elegância. É um homem que traz uma história de ruptura e sofrimento como tantos outros, mas espalha gentileza, simpatia e alegria por onde passa.

Dentro da sua elegância que denota educação de outrora e seu otimismo constante refere não ter problemas ao acessar os serviços de saúde ou da assistência social, refere ainda ser muito bem tratado em todo lugar que vai e atribui a essa forma de condução otimista e gentil como sendo fator motivador desse bom atendimento.

Dada a heterogeneidade do grupo é possível perceber que para alguns o acesso é de alguma maneira mais facilitado em virtude de sua conduta ou apresentação pessoal e para outros sendo o acesso mais dificultado em virtude de exigências ou condicionalidades impostas como portar documento de identidade pessoal ou comprovação de residência.

Olha, eu no meu ver, na minha vida, na minha visão, todos os lugares que eu fui aqui, é difícil a gente ter acesso a uma saúde, porque que nem nós falamos um pouquinho atrás, por causa da nossa situação, que nós não temos uma residência fixa. Se a gente não tem uma residência fixa eles não atendem a gente, a gente precisa do que? De um apoio do Consultório de Rua pra dar uma declaração que a gente é situação de rua, senão a gente não é atendido, de jeito e maneira nenhuma. Por causa do que a gente fala, um ponto: residência fixa. Que eles acham que a gente não tendo uma residência fixa, que a gente é uma situação de rua, a gente não é uma pessoa... aí, como eu posso dizer... como eu posso explicar pra vocês? A diferença. Quem tem residência fixa é atendida na hora, quem não tem vai ficando esperando três, quatro, cinco, seis meses, um ano se possível pra ser atendido. A gente acaba morrendo por a gente não ter uma residência fixa e eles não atenderem a gente por causa da residência. (Santos)

Àqueles com maior capacidade argumentativa cabe a tarefa de interceder pelos outros juntos aos profissionais que prestam atendimento de forma a garanti-lo de maneira mais eficaz.

Fica dessa forma evidenciado que o atendimento e acesso aos serviços de saúde acaba ocorrendo para aqueles que tem maior condição de articulação e cuidado com sua expressão pessoal.

Mas quando se refere a saúde dos amigos parece trazer algumas dificuldades ao acesso. Traz essa reflexão de forma bem sutil sempre como um pedido de auxílio tão somente.

Assim como Cubatão - cujo relato será apresentado posteriormente - parece entender que os colegas não procedem de forma tão cooperativa como ele para “merecer” garantia de acesso ao atendimento. Como se isso decorresse de um necessário comportamento para o merecimento de usufruir esse direito.

Assim como os demais colegas de convivência social, sr. Cotia faz uso abusivo de álcool, negando o uso de outras substâncias psicoativas, por não se sentir bem com o uso destas.

Refere ainda, que para aguardar nossos encontros semanais diminui o consumo do álcool no dia anterior entendendo que quer estar bem para atuação conosco junto aos demais colegas de convívio.

Mesmo que de forma empírica, já se utiliza da estratégia de redução de danos à sua maneira.

Ele atua de forma a traduzir os conceitos utilizados pela equipe para uma linguagem mais usual e significativa para os parceiros agindo como um agente mobilizador de novos hábitos e redução de danos junto aos demais que fazem uso mais abusivo do que ele ou ainda uso de outras substâncias psicoativas.

Ofertamos a proposta de conviver em outros espaços de convivência que propiciasse outros vínculos de vida, saúde e autonomia, operando em uma lógica de redução de danos, porém, em virtude das suas atividades laborais e outros compromissos sociais ele não se anima em conhecer o serviço. A proposta está embasada na concepção de que quanto mais pontos nas redes de apoio sociais esse indivíduo tenha, menos dependente seria de um único equipamento mais intensamente, de forma a construir uma relação de dependência menor e aumentando sua autonomia. Ou seja, o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais, relacionadas à infraestrutura produtiva da sociedade e com as necessidades de seu usuário direto. (GONÇALVES, 1994). Esse usuário direto busca o consumo de ações de saúde, que lhe proporcionam algo com valor de uso fundamental: mantê-los vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (CAMPOS, 1991 e 1992)

É necessário nesse momento de fortalecimento de protagonismo e autonomia dialogar com o que define Kinoshita (2001) sobre dependência e autonomia:

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia... somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Cabe ressaltar que a autonomia é entendida aqui como a capacidade de um indivíduo gerar e transformar normas e ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta (KINOSHITA, 2001). Ou seja, de acordo com os rearranjos feitos em seu cotidiano mediante as possibilidades e limitações dentro da relação que estabelece desse indivíduo com a suas redes de apoio e sociais do seu território.

Ampliando as opções desse indivíduo pela perspectiva de uma diversidade maior de possibilidades vai se propondo um menor tempo de exclusividade com o álcool e maior tempo de convívio social diminuindo o período de consumo. Essa proposta dialoga diretamente com

a perspectiva levantada na Redução de Danos (RD), que traz um modelo de substituição ou diminuição dessa relação de dependência por uma outra substância ou por menor quantidade.

RD é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Vale ressaltar que, nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde (BRASIL, 2012).

A RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991).

Inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS, 2011)

Continuamos semanalmente trabalhando o conceito de RD e Sr. Cotia aos poucos começou a fazer essas orientações junto aos colegas de rua que não acessamos por não estarem ali no horário de nossos encontros ou por não gostarem de participar. Sr. Cotia conta que quando algum colega começa a exagerar logo relembra o conceito da RD para com o grupo.

Considero sua condição nata de educador de pares primordial para o trabalho, pois, além de ser um deles consegue partir de um conteúdo simbólico bem real para a discussão da proposta e construção do conceito e possíveis mudanças ou pactuações do que é possível para aquele momento. Costumo dizer em nossa prática diária que redução de danos é uma proposta de mediação entre o “ideal” e o real, ou seja, o possível. Pensando na potência do ser humano de acreditar muito mais no que é possível penso que essa estratégia seja a mais real possível.

Sr. Cotia se disponibiliza a estar toda a semana com a equipe e tenta ainda motivar os colegas a participar desses momentos, porém, nem todos gostam ou se permitem participar desses momentos de descontração, reflexão ou diversão.

Nossa proposta de trabalho ali naquele território consiste em três ações alinhadas na lógica que o território nos permite: rodas de conversa usando como disparadores trechos de livros; caixa das emoções ou outras atividades mais lúdicas para os cotidianos; avaliação e encaminhamentos pertinentes a rede de saúde do território e práticas mais clínicas de saúde com avaliação médica, quando necessário.

Neste território temos também uma parceria mais estabelecida e programada com a abordagem social da SEDS no sentido de atendermos juntos em uma lógica de convivência social ampliada constituída pela presença dos profissionais das duas secretarias e a população sujeito dos atendimentos na mesma roda de conversa, no mesmo espaço social, com os mesmos objetivos construindo juntos as propostas de intervenção operando na lógica da intersetorialidade do cuidado.

Dessas rodas e proposta de intervenção surgiu a ideia da realização do Cinema na Praça, com o objetivo de dar ênfase ao protagonismo dos nossos atores locais e sua convivência social dividindo aquele espaço social, porém com algumas restrições. O espaço social referido é a Praça da Aparecida que se localiza em frente à igreja de mesmo nome e conta com uma quadra de malha, aparelhos de ginástica ao ar livre, algum comércio como barraca de venda de ovos, pipoca e churros, lanches e ainda pontos de táxi e de ônibus municipais.

As pessoas em situação de rua, em alguns momentos, são convidadas a se retirar desses espaços por aqueles que o utilizam ou pela ação institucional propriamente dita de colocar cadeado no cercado envolta da academia ao ar livre ou de retirar os bancos que permitem, por sua disposição física, a socialização das pessoas e a atuação do CnaR a partir de lugares para acomodar a todos de forma mais confortável.

Em virtude de todas essas agressões sentidas e expressadas por eles, surgiu a ideia de realizarmos a projeção de filmes naquele local tendo como público e também organizador aqueles que são excluídos do convívio social pleno naquele espaço. Entendemos que seria uma estratégia importante para exercitarem sua autonomia e protagonismo social, político e cultural.

A organização e divulgação do cinema foi lindamente realizada por eles diante das possibilidades. Sr. Cotia articulou junto a Igreja o empréstimo de cadeiras e da cozinha para realização dos comes e armazenamento dos bebes! A SEDS providenciou a estrutura da

projeção. A Saúde providenciou as comidas e bebidas e a elaboração de cartazes e vídeo para divulgação para a população. O CnaR atuou como facilitadores desse processo.

A questão do acesso à convivência social vem antes da questão de acesso a saúde propriamente dita, como base da construção social desse indivíduo, interação e fortalecimento de seu protagonismo e autonomia. As pessoas se sentiram tão protagonistas que além dos cartazes convidaram todas as pessoas que encontravam para o grande dia.

Foi lindo vê-los recebendo seus convidados! Vê-los se divertindo com as cenas do filme...Vê-los tão protagonistas de sua própria história!

A proposta do cinema fez tanto sucesso que temos repetido sempre que possível e inclusive ampliando para outros territórios. Cabe salientar que a realização da proposta só foi possível em virtude da articulação que eles fizeram com a rede de apoio social que já tem constituída. E só assim faria sentido.

Convidamos Sr. Cotia e Turmalina para participar de um encontro com os estudantes na Unifesp, para falar sobre o trabalho do CnaR porque avaliamos que seria potente que eles participassem desse momento. Depois disso se seguiram outros convites para estar em outras escolas, em outros espaços de convivência, grupos de solidariedade e também a oportunidade de participarem de um curso de Formação em Redução de Danos oferecido pela Unifesp.

E com tantos compromissos assumidos e se utilizando da estratégia de não ingerir álcool desde a véspera e durante os compromissos, algumas pessoas hoje se mantêm em menor uso de álcool do que antes. E isso se deu de acordo com o que achava importante e significativo para eles, tornando mais genuína e perene a mudança.

Santos

Santos faz parte desse grupo da praça da Aparecida, onde ela, o companheiro e o cachorrinho de estimação passam os fins de tarde. Realizam reciclagem o dia todo, depois vão ao ferro velho vender o material recolhido durante o dia, lá se organizam lavando suas roupas e tomando banho e, nos fins da tarde, vem para a Praça para momentos de diversão e socialização com os amigos e para aguardar o horário de fechamento da oficina de carros para se ajeitarem para seu descanso na marquise do referido local.

Santos chega à equipe pedindo auxílio para agendamento de ginecologista e dentista. Refere que dessa atividade de reciclagem de materiais tiram o sustento para eles e que ainda

guardam um pouco pra levar, no fim de semana, para o pai e filhas que moram em Itapema junto com doações que recebem da vizinhança local. Faz acompanhamento clínico da hipertensão arterial e asma brônquica na Policlínica, porém, para agendamento de cirurgia dentista foi solicitado que a mesma volte em um dia e horário específico para agendamento ficando difícil para ela em sua organização diária realizá-lo. Ela traz questões referentes a necessidades do companheiro, porém, ele não se aproxima no primeiro momento.

Os índices que quantificam o número de mulheres em relação aos homens em situação de rua variam de uma região para outra, mas, no Brasil, ficam em torno de 10 a 20% de mulheres do total da PSR (ESCOREL 1999).

Um problema para a PSR da cidade é a exigência de comprovante de residência para agendamento de exames e consultas de especialidades médicas. Santos refere isso como causa de bastante constrangimento para ela. Faz a reflexão que quando era bem de vida era melhor atendida e tinha condições de apresentar um comprovante de residência. Conta ainda que as vezes prefere ficar sem o atendimento em virtude disso. Segundo ela, depois de uma situação dessas ela desanima e abandona o tratamento por algum tempo. Depois se lembra das filhas e novamente se enche de coragem para tentar mais uma vez. Ainda refere que machuca demais toda vez ter que falar que está em situação de rua para justificar a ausência do comprovante requerido.

Isso que também apareceu fortemente na fala do Sr. Cotia é algo para refletirmos em uma esfera da origem da política pública que exige o comprovante de residência como condição para o atendimento e a necessidade de o Consultório na Rua mediar algo que tecnicamente poderia ser mais simples de ser resolvido. Essa política pública que é pautada na residência fixa revela uma falha potencial para garantia do acesso, pois, está pautada em modelos rígidos e conceituais do que seria residência fixa, desconsiderando a possibilidade de ter outras formas de domicílio que não as mais convencionais que fornecem condições da emissão de um comprovante formal para essa condição. Essa questão não é amplamente discutida em virtude de ser uma condição que afeta uma minoria com condições sociais fragilizadas e ainda por ser uma questão que deveria ser um direito de fato efetivado, não podendo ser condição a ser exigida burocraticamente.

Casablanca

Casablanca faz sua primeira aproximação por meio do motorista. Apesar de estar no Brasil há 18 anos ainda traz consigo costumes de valores de sua educação e cultura islâmica. Na cultura Islâmica, segundo ele, homens só podem se reportar ou tocar as mulheres que respeitam dentro de casa.

Nosso primeiro encontro foi diferente. Casablanca falava com o motorista, que sem saber desse detalhe cultural o conduzia a equipe para que ele se expressasse conosco. Tentávamos fazer um acolhimento da queixa e ele mal nos olhava, só se reportava ao motorista. Foi até engraçado. Um dia de cada vez fomos nos aproximando e Casablanca começava a se soltar, a nos contar sua história de vida e até a nos ensinar algumas palavras em árabe. Chegou ao Brasil em São Paulo há quase dezenove anos e nesses anos vinha passar suas férias por aqui estabelecendo relações de amizade com algumas pessoas que moram aqui. Nos 03 últimos anos ficou desempregado e em virtude dessas amizades resolveu vir tentar a vida em Santos, contando com o apoio dessas pessoas que tem como referência.

Ele faz parte do mesmo grupo que pertence Sr. Jundiaí – que será descrito posteriormente - por quem tem um vínculo de amizade bem fortalecido. São bem parceiros e planejam alugar um quarto para dividirem o espaço e as despesas.

Há aproximadamente 10 anos foi atropelado e submetido a cirurgia ortopédica com colocação de alguns pinos e hastes de fixação óssea ainda em São Paulo. Nos últimos 02 anos, começou a apresentar sinais de rejeição em alguns dos pinos colocados cirurgicamente. Situação que requer um cuidado paliativo constante, enquanto não há solução definitiva para o caso.

Casablanca refere ir a uma unidade de saúde de um território vizinho para a realização dos seus curativos e retirada de materiais para a sua realização por si mesmo em alguns momentos. Sugerimos então que retome o contato com o ambulatório de ortopedia em São Paulo para proceder a reavaliação e direcionamento resolutivo para essa situação desconfortável e risco de infecção.

Enquanto isso, proponho ainda que Casablanca comece a se vincular à unidade do território para que fique mais fácil seu acesso ao cuidado.

Em conversa com a chefia da unidade e com a enfermeira do território que avaliam ser possível o atendimento e orientam que volte no outro dia cedo para avaliação e conduta médica

e realização do curativo que só é feito no período da manhã por questões associadas as rotinas de limpeza da sala de curativos.

Apresento Casablanca a equipe de saúde para que se inicie uma vinculação do paciente. Quando chego a tarde para o trabalho de campo do território o encontro muito indignado e revoltado com o tratamento que recebeu. Casablanca me conta que chegou e logo foram falando que ia ter que esperar todos passarem em consulta para ser atendido. Depois quando foi ser atendido na sala de curativos a técnica de enfermagem que o atendeu disse que só faria o curativo se voltasse com uma avaliação do ortopedista e que nem adiantava voltar sem essa avaliação que ela não ia pôr a mão nesse curativo. Ele revoltado dizia que nunca mais pisaria novamente naquela unidade e que continuaria a ir a outra unidade que já estava acostumado. Fui até a unidade para tentar entender o que tinha acontecido. Afinal tínhamos combinado tudo anteriormente e tínhamos até iniciado uma importante vinculação.

Na conversa com a enfermeira percebemos que ocorreu uma sequência de mal-entendidos por ambas as partes que acabaram por atrapalhar todo o trabalho de vinculação feito anteriormente.

Até hoje ele faz questão de falar que não vai naquela unidade. Refere continuar indo a unidade que já costumava ir e ter se vinculado a outra, onde também se sente acolhido e bem atendido.

Julgamento e decisão que devem ser tomados de modo dialógico com outros sujeitos implicados no processo, considerando-se também valores e objetivos políticos e eticamente construídos (CAMPOS, 2011).

Para que esse modo dialógico acontece é necessário que todos os sujeitos envolvidos nesse processo estejam disponíveis a fazer essa escuta, acolhimento e mediação das propostas e possibilidades para o indivíduo que deve ter centralidade nesse processo.

É necessário considerar as diversas culturas e valores implicados no processo de cada indivíduo e para conseguir minimamente fazer isso é preciso em primeiro lugar estar disponível para estar com aquela pessoa. Ouvir sua história, entender seus medos, angústias e considerar o que é simbólico para ela em seu contexto sociocultural. Só partindo do que é simbólico o cuidado passa a ser entendido e refletido de forma a fazer sentido. Mesmo porque o que está em pauta aqui é a construção do cuidado para com o outro, junto com o outro. O objetivo maior

é que tenha sentido para ele que será protagonista de seu cuidado impactando diretamente na forma de sua adesão a proposta elaborada.

Como trazido por Telles (2014) é importante considerarmos a liberdade, que é situada e engajada no pesquisador e no profissional de saúde. Precisamos estar cientes de que um tema de pesquisa, sua metodologia, seus questionários e amostras, bem como a prescrição de um tratamento, não são livremente escolhidos, mas trata-se de um posicionamento e de um engajamento diante de uma teia de relações entre pesquisador/profissional e seu mundo, sua cultura e sua situação concreta.

Assim, percebemos que nessa história a autonomia e a liberdade do Sr. Casablanca foi acolhida, uma vez que na unidade que mediamos seu tratamento não foi o lugar que ele deu seguimento. Outra questão que se revela também muito comum no cotidiano dos profissionais do Consultório na Rua é o comportamento dos profissionais das Unidades de Saúde tem na presença dessa equipe e outra conduta perante os usuários quando não acompanhados pela equipe do consultório na rua, revelando que o sistema como um todo é hierárquico e autoritário, pois entre pares trata-se de um jeito, e sem os pares muda-se a postura profissional. Cabe a reflexão de quais processos precisam ser vivenciados por esses profissionais para eles terem como norte uma ética profissional que independe de com quem está se relacionando e sim para quem se direciona o cuidado. Uma possibilidade visualizada seria cuidar dos processos formativos desses profissionais de forma mais sensível as questões implicadas nesse processo de cuidado e produção de vida, bem como propiciar momentos de construção coletiva de novos saberes em relação a conceitos tão arraigados como estigma, preconceito, diversidade, alteridade e autonomia.

Camaçari

Em um dos atendimentos no Mercado Municipal conheci Camaçari. Inicialmente interessado em buscar atendimento para um colega refere não ter nenhuma queixa de saúde que necessitasse atendimento. Moço de fala animada já chega contando que é natural da Bahia. Motivo de orgulho para todo bom baiano. Conta que veio com a família da companheira para São Paulo, mas que aqui chegando começaram as brigas e que para não fazer besteira achou melhor se separar vindo para Santos há dois anos.

Para sobreviver trabalha na madrugada descarregando e carregando caminhões e ainda sai junto para proceder a entrega das frutas na Praia Grande. Na volta já pára para tomar seu

café e fica por ali ajudando os comerciantes locais, realizando outros pequenos trabalhos para sua sobrevivência. Conta com orgulho que faz pequenos favores para os mais chegados por ali, por vezes sem cobrar e que mesmo precisando do dinheiro tem prazer em desempenhar algumas funções pela amizade.

Em decorrência dos diversos atendimentos que o CnaR realiza nas redondezas e conseqüentemente a maior vinculação, Camaçari se sente mais à vontade em solicitar-nos a realização de alguns exames de rotina “pra saber como está o sangue” (sic). Quer saber se tem anemia ou outra doença. Conversamos um pouco sobre os exames possíveis de serem coletados e ofertamos também os testes sorológicos para HIV, sífilis e hepatites, TGO e TGP. Os resultados de exames apresentam ligeira alteração hepática a investigar. Iniciamos os agendamentos de outros exames (ultrassom de fígado) a fim de elucidação diagnóstica.

Agendamos avaliação com especialista no ambulatório de especialidades que fica bem próximo do seu local de fixação, em um horário que fosse possível para Camaçari, certos de que com seu modo todo despachado e independente daria conta de ir.

Infelizmente não conseguiu, justificando que teve que ir entregar um dinheiro para um amigo e acabou se desligando quanto ao horário de seu compromisso. Reagendamos, inseguros quanto a sua condição em cumprir esse compromisso sozinho, pensamos em nos organizar para estar com ele nesse dia.

Fomos convocados para uma reunião com a presença obrigatória de todos e não pudemos estar com ele, mas ficamos na esperança que ele pudesse ter se lembrado dessa vez. Inclusive passamos para lembrá-lo do seu compromisso na noite anterior.

Mas ele não conseguiu ir novamente. Dessa vez porque surgiu uma oportunidade de trabalho mais cedo que o impossibilitou de estar disponível para o comparecimento a sua consulta.

A ausência de dor como sintomatologia e a falta de entendimento em relação àquela alteração no resultado do seu exame *versus* a importância mais emergente da busca de sua sobrevivência diária faz com que o comparecimento a consulta seja preterido em detrimento da busca pelo seu sustento diário.

Quando se vive numa rotina do imediato, onde a procura por alimento e meios de se conseguir efetuar as necessidades básicas diárias, facilmente planos de vida e realizações a médio e longo prazo, tornam-se algo tratado como segundo plano, ou até mesmo como sonho, sem alicerces sólidos para a sua concretização. A dificuldade em

construir projetos de vida pode estar ligada ao fato dessa população enfrentar diariamente carências de todas as ordens e a busca permanente por meios de sobrevivência, não possuindo uma rotina estruturada (GHIRARDI et al., 2005).

A proximidade com a PSR nos mostra, não uma desorganização para as atividades cotidianas e de cuidado, mas uma outra forma de organização. Quem precisa pensar em estratégias de sobrevivência que envolvem, por exemplo, o que comer e beber e um local seguro para dormir, estabelece outra relação com o cotidiano e outra forma de manejar as atividades diárias. A organização de agenda, com cumprimento de horários e tarefas, é mais possível para aqueles que se inserem em um emprego formal, em condições de vida menos precárias quanto às necessidades básicas.

Sempre que podemos, a equipe do CnaR tenta acompanhar mais de perto Camaçari e os outros, de forma a exercer uma motivação a mais, mas, nem sempre conseguimos dadas as condições de trabalho inerentes à sobrevivência, desenhadas atualmente.

Jundiaí

Jundiaí é um homem de 60 anos, que vive em um grupo social composto por quatro homens entre 41 e 60 anos que se fixa do lado esquerdo da catraia, próximo a quadra de esportes, na lateral que fica bem próxima a via perimetral.

Vem até a van com o objetivo de saber se podíamos ajudá-lo de alguma forma, pois vinha apresentando dor em hipocôndrio direito. Refere exercer atividade de pedreiro e pintor para sua sobrevivência, mas, estava impossibilitado ultimamente em virtude do quadro algíco que já vinha se estendendo por alguns dias, dor que por momentos cessava e em outros momentos voltava a incomodá-lo.

Acolhemos sua queixa e orientamos que se a dor aumentasse não deve esperar vaga ou agendamento, sendo que no caso de dor aguda deveria procurar os serviços de urgência para um atendimento mais imediato. Mas, sendo a dor suportável e crônica deveria passar por avaliação com clínico geral na atenção básica para encaminhamento a especialidade, caso necessário. Ele refere já ter ido e conta que o entrave se dava no momento de solicitar a vaga da especialidade quando se faz a exigência formal de comprovante de endereço. Esse fato é recorrente nas unidades de saúde, principalmente quando para agendamento em especialidades e realização de alguns exames, como já explicitado nas histórias Santos e Camaçari.

O laboratório de referência para a realização de alguns exames para a prefeitura de Santos exige ainda RG e cartão SUS para a realização dos mesmos. Essa é uma condicionalidade imposta de maneira usual que realmente impede o acesso a seu diagnóstico e tratamento. Apesar de terem o direito de usar o endereço da seção de acolhimento como comprovante de residência essa argumentação e comprovação acaba por dificultar todo esse processo e implicar na desistência do tratamento ao nível ambulatorial, acabando por apenas conseguir atendimento nos casos em que a situação clínica se agudiza.

Esse fator é mais impactante no caso da população em situação de rua uma vez que lhe faltam condições de argumentar a seu favor na garantia de seus direitos bem como na perspectiva de maior morbimortalidade dadas suas condições metabólicas, clínicas e sociais.

Em alguns momentos da nossa articulação junto a alguns profissionais também já ficou evidenciado que não existe o entendimento dessa condição de maior vulnerabilidade. Sendo que alguns profissionais chegam a referir não achar pertinente a solicitação de maior prioridade em agendamento, pois existem outros tantos pacientes aguardando em lista de espera.

Faz se necessário conversar um pouco mais com as equipes sobre a maior vulnerabilidade a que está exposta diariamente a PSR, bem como, explicitar o maior risco que apresentam de morbimortalidade nos casos de demora em seu atendimento ou nos casos em que a situação clínica se agudiza no contexto da rua.

Sendo ainda necessário que haja pleno entendimento dessa equipe a respeito de fatores que levam a uma menor vinculação, sobre a condição desse indivíduo aceitar o tratamento e ter reais condições para efetivá-lo e ainda quanto a importância do momento adequado para essa intervenção com maiores potenciais de sucesso.

Depois de alguns meses de espera Jundiaí consegue se submeter à cirurgia de hérnia, mas para seu pós-operatório é necessário que fique em uma condição mais protegida. A única possibilidade era ficar por alguns dias no Albergue Noturno que naquele momento era o único lugar com vaga disponível. Nas visitas é possível perceber que as condições impostas para sua permanência neste local, ficam cada dia mais impossíveis de cumprir.

A coordenadora do Albergue não se conforma com o fato de ele estar convalescente e querer ir para a rua rever os amigos. Não consegue entender a importância que os amigos têm nas relações sociais estabelecidas na rua, muito menos consegue entender a necessidade dele de ficar um pouco mais livre depois de dias hospitalizado.

É mesmo difícil para algumas pessoas entenderem que mesmo em um processo de rompimento dos vínculos familiares, outros vínculos se estabelecem e este vem a ocupar esse lugar importante na sua relação de pertencimento com o território e grupo.

Essa situação me fez refletir bastante em relação a quanto precisamos avançar ainda na discussão para além das políticas públicas específicas para darmos conta de qualificar o olhar para um atendimento que promova maior acolhimento para a condição do outro, que se produza mais processos de alteridade. Segundo Merhy e colaboradores (2014) o operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar, sempre uma tensão. Agir com o outro na interseção dos encontros que ali operam, produzindo modos de viver, talvez seja o sentido mais interessante desses trabalhos.

As pessoas vão para as ruas por diversos fatores, mas todos apontam para uma fragilidade em sua rede social, com seus suportes e cobranças. A rua pode não oferecer suporte, mas diminui as cobranças e oferece maior liberdade, ainda que relativa. A história de Jundiá exemplifica bem isso, a construção de suas novas referências e amizades.

Maфра

Maфра conta que é filho de militar que chegou a se tornar delegado, fato que sente muito orgulho. Veio para São Paulo de carona, de trem, na época, em 1977, com 17 anos. Tomou o trem da Transpiracicabana que descia, naquele tempo, pela estrada velha e dessa forma veio a conhecer e se apaixonar pela cidade, sentindo o povo muito acolhedor. Em São Paulo ainda, constituiu família e precisou se mudar para Francisco Morato onde seus filhos ainda moram.

Continua a manter contato com a família e refere estar na rua porque quer e porque considera uma missão poder ajudar outras pessoas que estejam na rua. Acredita que todos são amigos, inclusive aqueles das as casas ao redor, que o conhecem e por ele tem respeito. Ele considera que as crianças, os jovens, os adultos que moram na vizinhança constituem sua rede de apoio. Diz que até os grupos que distribuem comida vem pedir para ele uma orientação.

É formado como eletricitista e quando tem trabalho de elétrica faz, mas, caso contrário Maфра faz qualquer outra atividade como descarregar caminhão ou pegar alguns legumes para vender em banquinha improvisada ali mesmo na calçada.

Faz referência a situação recente de viuvez em virtude do falecimento da companheira de rua. Estamos bastante preocupados com o impacto que essa perda importante poderá causar,

mas, Mafra continua dizendo que está tudo bem naquela forma otimista que lhe é peculiar. Entendemos que faz parte do processo da elaboração do luto. A maior preocupação de Mafra era fazer com que a companheira buscasse tratamento. Tentamos por vezes atendê-la a seu pedido, mas a companheira de Mafra nunca aceitava o atendimento.

Quanto as questões de saúde, Mafra nunca apresentou queixa. Não avalia abusivo o seu consumo de álcool porque segundo ele bebe e fica alegre então não é ruim. É bom. Quando questionado sobre o que seria saúde Mafra diz que é ele em primeiro lugar. Depois, avalia a saúde no Brasil como péssima e aqui em Santos como ótima.

Conta que o momento que mais precisou de um cuidado mais intenso foi quando teve um lipoma nas costas que precisou ser retirado, pois, o incomodava demais causando desconforto e dor. Para que conseguisse realizar essa pequena cirurgia precisou ser avaliado por um médico clínico para que fosse agendado atendimento com médico cirurgião no ambulatório de especialidades. Para tanto relata que contou com a sensibilidade e ajuda de uma profissional da Policlínica que o auxiliou em todo esse processo.

Brasília

Conheci Brasília em uma das primeiras abordagens realizadas em uma atividade de campo com os agentes RD. Nesse primeiro momento quem precisa de atendimento é sua companheira que tinha o lábio ferido. Depois desse primeiro atendimento e estando mais vinculado, Brasília aceita fazer um exame de escarro que teve resultado positivo para tuberculose. Iniciamos a vinculação de Brasília com a unidade de saúde do território para que pudesse tomar sua medicação diariamente.

Depois acaba por ser internado para tratamento em hospital de longa permanência em Campos do Jordão e lá conclui seu tratamento. Alguns meses após seu retorno, começa a sentir dores em região inguinal esquerda, em virtude de hérnia que desenvolveu em decorrência de trabalhar carregando muito peso descarregando caminhões de batata.

As dificuldades eram basicamente iguais do Sr. Jundiaí, mas conseguimos avançar bastante e foi feita a herniorrafia.

Alguns anos se passaram e agora voltou a apresentar dor intensa e edema novamente. Foi agendado médico cirurgião para avaliação e conduta, porém, não pudemos acompanhar e

Brasília também não deu conta de se organizar para ir. Reagendamos, mas, não conseguimos encontrá-lo para avisar o dia.

Brasília e Jaú sua companheira agora fazem parte do grupo Div3rsa em virtude de convite feito por Turmalina.

O casal já havia sido convidado por mim em outro momento, mas, estavam envolvidos em outros compromissos não configurando prioridade para eles naquele momento o convite feito.

Penso que o convite passou a ter mais sentido quando foi feito por Turmalina em virtude de serem pares e ainda de Turmalina ter trazido a vivência que o grupo era um potente espaço de construção coletiva.

Cubatão

A participante mais doce é Cubatão, natural de Cubatão, com 43 anos, se autodenomina mulher trans. É figura constantemente vista pelo centro da cidade vendendo cartão de zona azul aos motoristas que estacionam no entorno da Praça Mauá. Sempre simpática e delicada em sua forma de se expressar agradece a oferta de cuidados dizendo que quando precisa recorre ao Pronto Socorro Central onde tem várias “amigas”.

São claramente visíveis em seu corpo as marcas indeléveis e disformes do uso do silicone industrial de outrora. Essa questão sempre me incomodou muito em virtude de uma inquietação pessoal quanto aos possíveis danos irreversíveis ou até mesmo fatais do rompimento ou extravasamento desta substância para as demais estruturas do corpo. Cubatão nunca pareceu se preocupar mais do que esteticamente com isso, optando por frequentemente usar roupas largas que não marquem muito o corpo, de forma a disfarçar um leve desconforto. Desconforto esse que nega quando objetivamente perguntada sobre como se configura essa questão para ela. Portanto essa sempre foi uma preocupação minha! Não dela! Para mim essa era a condição de saúde mais evidente e preocupante até vir a saber que outras questões clínicas a comprometiam muito mais. Só bem mais tarde, anos após esse nosso primeiro encontro, Cubatão compartilhou que estaria em tratamento para Hepatites com um leve comprometimento hepático e também um comprometimento renal associado e só então fui entender a relação de “amizade” que já tinha com a equipe do PSC. Aquela amizade referida desde sempre, se devia as diversas internações para seu reestabelecimento clínico metabólico.

Cubatão é uma pessoa muito discreta e doce em sua expressão para com todos e dessa forma vai cativando a cada um e vai estabelecendo sua relação com o mundo e desenhando também a forma que garante seu acesso aos serviços de saúde ou sociais. Parece estar ciente de que direitos lhe são garantidos, porém, denota preferir utilizar se de outro caminho para garanti-los.

Traz sempre em sua fala uma postura de gratidão perante tudo e todos, sempre considerando compreensíveis as questões mais duras que a vida a impõe. Penso que isso ocorra em virtude de várias repressões ao longo de sua trajetória de vida e as diversas violações de direito que sofreu ao longo desses anos. Apresenta uma tendência a sempre suavizar os fatos talvez como uma forma de aliviar e suportar as agressões sociais que recebe mesmo com sua doce e delicada postura para com o outro, talvez essa postura de “conformismo”, “aceitação” ou “gratidão” expressada na forma de ser de algumas dessas pessoas venha nos dizer sobre uma conduta que evita o embate da luta pelos direitos numa postura de evitar entrar em contato com questões que mobilizam emoções e dor, angústias ou memórias não muito agradáveis de questões que remetem a esse lugar da exclusão do desejo, das escolhas, dos direitos. Vivendo a margem da sociedade, mesmo tendo ciência de que tem direitos, não conseguem se colocar como dignos de usufruir dessa condição

4.2. REDE DE APOIO E ACESSO AO CUIDADO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Segundo Marques (1999), a análise de redes nos permite identificar detalhadamente os padrões de relacionamento entre atores em uma determinada situação social, assim como as suas mudanças no tempo.

A análise dessas redes se tornou presente nas falas dos usuários nas formas que eles se relacionam e interagem com elas, bem como, a forma que isso vai se reconfigurando com o tempo de maneira a gerar mudanças de acordo com sua condição de vida social.

Todo o indivíduo pertence a uma rede que é um subgrupo da sociedade global. As redes sociais são conjuntos de intercâmbios ou vínculos entre o indivíduo e as pessoas emocionalmente significativas para ele. Compreende aqueles com quem há interação regularmente e com quem se conversa ou se troca ideias e sinais que tornam os indivíduos reais, podendo envolver: família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, pessoas que pertencem ao mesmo círculo religioso, profissionais da saúde. Tais redes são fontes de recursos,

informações e apoio emocional e caracterizam-se por possuir interações frequentes, afeto positivo e apoio significativo. (LIMA JUNIOR, 2012)

As relações estabelecidas com os companheiros de rua também passam a ser emocionalmente significativas, pois, compreende as redes construídas com aqueles os quais existe uma interação ou parceria importante.

Após a transcrição e análise das entrevistas encontramos duas temáticas pertinentes para a análise do cuidado integral às pessoas em situação de rua, sendo elas: redes de apoio e acesso aos serviços de saúde.

As redes de apoio identificadas na pesquisa serão abordadas a seguir:

A principal rede de apoio apontada repetida vezes pelos colaboradores referem-se aos pequenos trabalhos ou trabalhos informais foi apontada como uma rede de apoio potente, como forma de conseguir algum dinheiro constituindo em algumas trajetórias uma importante possibilidade de subsistência ou usual estratégia de sobrevivência nas ruas sendo, portanto, considerada por muitos deles como uma rede de apoio conforme relatos:

“...é que eu trabalho aqui no mercado municipal e trabalho com batata por isso todo mundo de me chama de batata e é isso... Porque aqui eu vejo assim muita oportunidade tem as oportunidades pra gente poder trabalhar, dinheiro corre legal dá pra gente poder ficar com certas doações... que a gente que fica na rua né... a coisa das doações traz a gente pra perto dos locais.” (Brasília)

“É por que aqui no mercado é tudo mais fácil...tem comida as pessoas passam dando doação...tem vocês né o consultório de rua. É fica tudo aqui mais fácil até o lugar pra você fazer...saí pra fazer reciclagem tem os ferros velhos pra vender que fica mais perto. então fica mais fácil aqui. (Camaçari)

Tal fato foi explicitado por Hino (2017) no momento que caracteriza a população de seu estudo:

Esses grupos excluídos e marginalizados buscam as regiões centrais das cidades para viverem porque esses lugares, geralmente, oferecem maiores facilidades para viver na rua, como as áreas comerciais ou com maior concentração de serviços, a grande circulação de pessoas e as poucas residências (HINO, 2017, p. 02).

É possível perceber ainda que a possibilidade da população em situação de rua ficar em algum lugar protegido em uma unidade de acolhimento ou abrigamento apenas se concretiza em momentos de extrema necessidade ou adoecimento configurando para alguns apenas como última opção como evidenciado na fala abaixo, porém, sendo considerada como uma das partes integrantes de sua rede de apoio.

“...Quando assim eu tô meio ruim, a situação não tá legal eu acesso assim um albergue né [...] mais fácil é o albergue, mas até então é daquele jeito muito precária a situação o lugar não é legal muitas coisas que faltam, mas esses são os pontos de apoio que eu me fixo quando eu tô bem ruim.” (Brasília)

A ideia de proteção que temos relacionada a um espaço físico mais protetivo é para eles muitas vezes substituída pela proteção pautada nos grupos de amizade ou convivência de rua. A questão das regras muito rígidas e por vezes inflexíveis faz com quem o nível de exigência para permanecer acolhido ou abrigado se torne inviável em alguns momentos, tornando-se objeto de frustração e revolta.

Como evidenciado na fala de Brasília, alguns deles apenas se valem da possibilidade de ser acolhido nos momentos de maior necessidade ou dependência.

Durante as entrevistas foi perguntado para os participantes quais eram as redes de apoio que eles identificavam, entre as falas apontam o Consultório de Rua e a equipe de abordagem social. Foi apontada pelas falas que a presença constante das equipes de saúde e assistência social que realizam atendimento de forma sistemática com acompanhamento longitudinal nos territórios de fixação e de entrevista dos sujeitos escolhidos constitui também suas redes de apoio.

A periodicidade dos atendimentos dessas equipes em campo também foi expressada como uma estratégia potente de vinculação.

“... O de apoio que nós temos mesmo é do pessoal do CentroPop, as assistentes sociais do CentroPop, pessoal do Caminho da Cidadania de Rua, Orquídea, Cravo, os outros pessoais que vocês sabem o nome que eu não lembro agora, mas eles são as pessoas que a gente precisa, eles estão ali apoiando a gente pra qualquer coisa...” (Santos)

“Sim... É o Consultório né, que ajuda nós, que tá todo aí, um dia da semana tá aqui pra ajudar nós, no que a gente precisa né... É o que eu falo, se não fosse eles a gente

estava... A gente fala assim, sem resgate nenhum de saúde, sem resgate nenhum de documento... Nós somos vistos como jogados na rua.” (Santos)

Os trechos revelam a centralidade nos profissionais – as redes de apoio são feitas pelos profissionais que compõem o serviço, são esses profissionais que acabam assegurando o acesso aos serviços de saúde tornando-se os operadores dessa rede hierarquizada e burocrática fazendo com que ela se torne uma rede mais acolhedora e permeável às mais diversas necessidades encontradas nos cotidianos das pessoas atendidas.

A produção da saúde se faz por meio de complexas redes de relações. Não são poucos os autores que se têm debruçado em investigações acerca do conceito de rede na área de saúde e não se pretende aqui esgotar suas diferentes perspectivas, mas reafirmar aquilo que elas nos trazem como possibilidade de potencializar os inúmeros encontros de diversas naturezas (KALICHMAN; AYRES, 2016)

A presença, na rua, de um consultório a céu aberto ou a garantia de uma política pública de saúde e de atenção psicossocial que prevê esse tipo de serviço, essa modalidade de atenção, é desafio ético e político. Sua presença, entretanto, não é simplesmente técnica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, mas trata-se, também, de intervenção política e cultural respeitando os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da multiplicidade na cidadania (CECCIM, 2018).

Dessa forma observa-se que as questões de saúde dessa população estão ainda mais comprometidas porque são infringidos os princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da equidade no acesso às ações e serviços de saúde e da integralidade da assistência dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde.

Nas falas acima também ficou explicitado os serviços de saúde e assistência social que os colaboradores possuem mais facilidade no acesso, mas infelizmente são insuficientes para garantir a integralidade dos cuidados à saúde. Estudos mostram os significados e práticas associadas ao processo de saúde-doença de pessoas em situação de rua identificou que os principais problemas de saúde desse grupo foram: o abuso de substâncias psicoativas, a infecção pelo HIV/aids, os transtornos mentais e os problemas odontológicos, dermatológicos e gastrintestinais. A saúde foi associada à capacidade de resistir ao cotidiano de dificuldades, enquanto a doença foi compreendida como um estado de debilidade que compromete a luta pela sobrevivência (AGUIAR, 2012).

Aqui na nossa experiência ainda presenciamos uma alta incidência de sífilis latente e tuberculose pulmonar.

As questões relacionadas ao acesso estão intimamente ligadas a adesão ao tratamento e consequente alta cura do paciente, perpassando pela questão da morbimortalidade associada a esses agravos.

A realização do diagnóstico dessas doenças implica em si uma necessidade de acompanhamento para o tratamento o mais rápido e efetivo possível considerando os danos irreversíveis causados pelos agentes etiológicos no organismo humano e levando em conta a perspectiva de alta cura da doença e interrupção da cadeia de transmissão.

Na nossa lógica de trabalho realizamos o diagnóstico para essas e outras doenças como já explicitado anteriormente e acompanhamos o nosso usuário ao serviço de saúde do território onde ele vive, para que seja realizada avaliação médica e realizada medicação do mesmo.

De maneira geral a equipe é bem acolhida pelas equipes de saúde, mas, é quando vamos discutir as possibilidades para adesão daquele indivíduo ao tratamento é possível perceber um desconforto quanto a forma de acolher esse paciente e ainda como realizar os registros burocráticos do caso. Frequentemente somos perguntados se nós é que vamos assumir a responsabilidade da medicação. Sempre lembro aos colegas que o paciente é de todos nós uma vez que ele pertence ao território e não tão somente a equipe do CnaR e proponho o cuidado compartilhado. Mas, isso não parece fazer muito sentido para as equipes de algumas unidades de saúde.

A garantia do acesso aos serviços é mediada pelos profissionais e espera-se – esperado que o preconceito e o estigma direcionados à população que vivencia situação de rua diminuam, e que prestar assistência a essa população deixe de ser atribuição exclusiva da equipe do consultório na rua, abrindo direções de comprometimento a ser construído por todos os profissionais (SILVA, 2015).

Muitos deles em suas falas identificam um profissional em específico como referência de acesso as unidades de saúde. Isso se efetiva em virtude da vinculação existente entre eles e esse profissional referido que apresenta características para além do saber estruturado da enfermagem ou para além do olhar clínico tão somente, é a utilização das tecnologias leves que faz desse momento um encontro potente capaz de ressignificar as relações e permite o estabelecimento de um vínculo, que será o ponto forte dessa relação e consequentes avanços

nos atendimentos, é esse acolhimento que faz com que o indivíduo construa outras conexões mais estruturadas que viabilizarão a concretização de sua nova trajetória de busca do cuidado pela sua saúde.

Cabe ainda salientar a importância da utilização das tecnologias relacionais no acolhimento e atendimento dessa pessoa reconhecendo nela uma pessoa portadora de direitos e não tão somente o estigma que carrega.

Apesar da forma mais utilizada ainda ser o modelo biomédico onde as tecnologias leves duras e duras se sobrepõe as leves, podemos promover uma reorganização dessa relação na produção de saúde quando colocamos o indivíduo no centro dessa relação. Passando o cuidado ser pensado a partir dos saberes e valores destes indivíduos, sua lógica de vida, autonomia e protagonismo. Isso se instrumentaliza a partir da utilização de ferramentas pertinentes a tecnologia relacional sendo escuta, o acolhimento, a vinculação algumas delas. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central. (MERHY, 2016)

Reconhecer um rosto, sua história, chama-lo pelo nome com certeza permitirá que esse indivíduo faça outras conexões mais potentes na sua busca pelo resgate de sua dignidade, auto estima e ressignifique a busca pelo seu cuidado. Faz com que estabeleça vinculação mais efetiva reconhecendo a PSR para além do estigma, como pessoa portadora de direitos.

Em realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente. (GRABOIS, 2011)

Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Como garantia de acesso ao cuidado é recorrente a fala de nomearem certos profissionais específicos como promotores de acesso ao cuidado em saúde:

“... Dona Acácia da policlínica. Dona Orquídea” (Brasília)

“Tem a Dália que também trabalha lá.” (Camaçari)

“Ele passa aqui, tem um médico o Cravo [Técnico de Enfermagem do CnaR/ né. Ai eu falo com ele dá maior apoio fala o que a gente precisa...” (Camaçari)

Fica cada vez mais necessário que os profissionais de saúde se conscientizem da importância de operar tecnologias leves em seus cotidianos de produção de cuidado de forma a efetivar o acolhimento desse indivíduo para a garantia do acesso aos serviços de saúde. Sem que haja esse comprometimento real e efetivo desses profissionais nesse sentido, tudo mais não passaria de um discurso.

Com isso, colocamos em pauta a necessidade de revisitar todos esses processos de trabalho em saúde sob um novo ângulo. Aquele que torna evidente que em qualquer situação de encontro entre trabalhadores de saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas, dos usuários, há um intenso processo micropolítico que subjaz e que define a possibilidade, para além da particularidade e do genérico, de que o ato de cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma “os modos de caminhar na vida” (CECILIO & MATSUMOTO, 2006).

Observa-se nas falas dos entrevistados que na visão deles os obstáculos em acessar o sistema de saúde está na forma ignorante como são tratados pelos funcionários, quando não possuem um endereço para fornecer e logo são identificados como moradores de rua e no constrangimento que eles sentem por viverem nessa situação quando precisam acessar esses serviços:

“Também, também tem uma tem uma ‘pessoa’ lá que eu não sei nem o nome dela não quero nem saber quero ficar ela é muito ignorante. Ela fica me ignorância, você chega lá para você para você marcar um exame você tem que ter comprovante de endereço e comprovante de endereço, tem que ter RG. Como que a gente fica na rua perdeu todos os documentos quem não perdeu foi roubado, foi roubado. Como é que a gente a gente vai ter comprovante de endereço? Meu comprovante de endereço é o mercado! [...] Porque quando a pressão baixa um pouco a gente vai lá mede, e vamos lá... Aí falaram que eu estava com a pressão muito baixa, ela baixou tanto que minha pressão normal e 12 por 8 acho que ela estava 5 por 6 um negócio assim. Fui ali no coisa pra medir, eles falou que não dava para medir Eles são muito ignorante...não todo mundo... tem várias pessoas... tem dona Rosa ali muito gente boa”. (Camaçari)

“Penso nos que apoia quando a gente tiver ruim porque aqui a gente é bem discriminado por ser morador de rua sabe a gente chega no local eles já q pede o endereço quando fala que é morador de rua já muda tudo o atendimento sabe, muda até a feição da pessoa ai até pode vim a chegar onde a gente quer puxa muito sofrimento...” (Brasília)

“Ah, eu agora tô numa situação difícil, tô numa situação de rua, já tive uma situação boa, mas agora tô numa situação de rua, e a situação de rua é muito difícil. Muita gente acha que é fácil mas não é não, a gente passa muita, assim, vergonha, quando a gente fala que tá numa situação de rua... Pra arrumar um emprego, próprio pra você passar por um médico e policlínica, próprio pra você passar numa emergência no UPA, qualquer coisa que você precisa, odontologia, ginecologia, clínico geral, pediatria [...] Não, só quando eu preciso mesmo que nem você me encaminhou pra odontologia que eu fui, graças a Deus consegui, é só assim que eu vou, mas uma prevenção mesmo eu não tenho assim...” (Santos)

Apesar de todas as garantias de direito anteriormente asseguradas, ainda é muito comum na prática cotidiana que a PSR precise de um encaminhamento que assegure seu real acesso a unidade de saúde para seu atendimento. Esse encaminhamento se configura de várias formas, de acordo com o grau de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade pelo seu cuidado o indivíduo apresenta.

Depende ainda de o quanto e de que forma os serviços de saúde estão apropriados para um acolhimento da demanda desse paciente, bem como, qual o entendimento e que flexibilidade apresentam frente limitações relacionadas a ausência de documentação e necessidade de adequação de horários conforme seu *modus vivendi*.

Há ainda uma outra questão a ser considerada que se refere ao entendimento dessa equipe de saúde sobre os direitos a serem assegurados a essa população e ainda quanto a incondicionalidade que há nos princípios dos SUS ou garantias constitucionais. Por exemplo, direito ao acesso ao atendimento na rede de urgência e emergência, atenção básica, saúde mental e outros serviços que atuem como porta de entrada deve ser garantido independentemente de quaisquer condicionalidades como a necessidade de documentos ou comprovante de residência ou ainda sua condição de apresentação de higiene ou de suas vestimentas, como previsto na Lei 8080/90 no CAPÍTULO II denominado Dos Princípios e Diretrizes em seu Art. 7º que fundamenta que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos quinze princípios sendo o primeiro deles descrito no inciso I da lei:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Quando ocorreu a elaboração e instituição das garantias constitucionais, assim como, quando foram instituídos os Princípios do SUS não foram impostas quaisquer condicionalidades que pudesse impedir o acesso de qualquer pessoa. Pelo contrário à proposta seria que o acesso seria universal, ou seja, amplo e irrestrito para todos os indivíduos. Condicionalidades do tipo ter ou não documentação ou estar ou não higienizado ou bem vestido são fatores constantes de restrição ao direito ao acesso aos serviços de saúde ferindo, portanto, o princípio da universalidade

Revela-se duas necessidades :uma que é a obediência aos direitos e garantias já assegurados e a outra é que seja feito um amplo e sistemático debate desses direitos e garantias para que possamos qualificar mais um pouco nossas compreensões para a garantia de acesso as populações mais vulneráveis que tenham outras realidades diferentes de vida mas que apresentam exatamente os mesmos direitos que todo e qualquer usuário do SUS. As falas dos colaboradores denunciam que de fato a universalidade não é de fato cumprida o que restringe o acesso. Soma-se outras falas:

“Olha, eu no meu ver, na minha vida, na minha visão, todos os lugares que eu fui aqui, é difícil a gente ter acesso a uma saúde, porque que nem nós falamos um pouquinho atrás, por causa da nossa situação, que nós não temos uma residência fixa. Se a gente não tem uma residência fixa eles não atendem a gente, a gente precisa do que? De um apoio do Consultório de Rua pra dar uma declaração que a gente é situação de rua, senão a gente não é atendido, de

jeito e maneira nenhuma. Por causa do que a gente fala, um ponto: residência fixa. Que eles acham que a gente não tendo uma residência fixa, que a gente é uma situação de rua, a gente não é uma pessoa... aí, como eu posso dizer... como eu posso explicar pra vocês? A diferença. Quem tem residência fixa é atendida na hora, quem não tem vai ficando esperando três, quatro, cinco, seis meses, um ano se possível pra ser atendido. A gente acaba morrendo por a gente não ter uma residência fixa e eles não atenderem a gente por causa da residência.” (Santos)

Segundo o Guia de Atuação Ministerial Defesa dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua as dificuldades para obtenção de empregos formais e de acesso a serviços e programas governamentais refletem-se no percentual de pessoas em situação de rua que não possuía documento de identificação (24,8%), fato esse que inviabiliza o exercício da cidadania. (CNMP, 2015).

Fato frequentemente evidenciado nas tentativas de acesso dos entrevistados as unidades de saúde buscando por um atendimento de saúde ou até mesmo para solicitação de um exame diagnóstico simplesmente.

“Nenhuma. Nenhuma porque a gente assim, é que nem eu expliquei agora atrás, é difícil pra nós... A gente só encontra uma facilidade assim como nós temos o apoio das equipes que vem na Praça [...] o Consultório né, que ajuda nós, que tá todo aí, um dia da semana tá aqui pra ajudar nós, no que a gente precisa né... É o que eu falo, se não fosse eles a gente estava... A gente fala assim, sem resgate nenhum de saúde, sem resgate nenhum de documento... Nós somos vistos como jogados na rua.” (Santos)

Olha, a dificuldade de eu ter acesso à saúde né... o problema é situação de rua, né. E se eu não tenho meus documentos, vem aquela burocracia, então eles falam "é, mas você tem que ter os documentos, identidade, uma carteira, qualquer documento"... Então quer dizer, se eu tiver com dor no corpo, não interessa, mesmo uma frieira no pé, aí muitas vezes eles... Eu tô explicando assim né, um exemplo, a atendente, "ó, tô com uma frieira" "documento" e não sei o que lá, muitas vezes "não, tem que ter o documento" eu falei "mas eu sei o nome da minha mãe, do meu pai, o meu nome, a data que eu nasci" "não, mas me dá o seu documento" "mas eu tenho o número do meu RG"... (Cotia)

As unidades de atendimento ambulatorial como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, as Policlinicas e o Serviço de Atendimento Especializado são locais onde uma entrevistada relata possuir uma facilidade no acesso conseguindo manter uma regularidade nos tratamentos conforme citado em suas falas:

“Bem, o meu local de fixação foi escolhido assim, vamos supor, por acaso. Porque primeiro, quando eu vim de Cubatão pra cá, eu não vivia nas ruas, eu trabalhava na noite, levava uma vida saudável... até que infelizmente numa dessas noites conheci um cliente, ele era usuário de crack e vou dizer pra você, não sei, aconteceu, não vou culpar ele, a gente usou e eu acabei me viciando, porque ele não colocou nada na minha boca, eu por curiosidade própria que experimentei o crack, infelizmente gostei e tô aí na luta pra sair do vício ou tentar ao menos reduzir, fazendo um tratamento no CAPS, Centro de Atenção Psicossocial e procurando levar a vida de boa.”
(Cubatão)

“Aí depois do café da manhã, depois que eu tomei banho, tomei meu café da manhã, aí eu venho passar o dia no CAPS AD, porque eu tô em situação de rua, tô passando por tratamento de Hepatite B, Sífilis e fazendo aquele tratamento que eu falei pra você que eu vou buscar uma colonoscopia logo mais, pra ver um problema de saúde que eu tô tendo, e eu passo o dia todo lá, que é pra não ter que pensar em voltar pra cracolândia.” (Cubatão)

“Isso, porque lá tem os amigos, a gente conversa, aí se caso tiver algum problema, tiver um pouco estressado, apesar que é difícil, me estressar com o que né... [risos] Não, é verdade, se estressar com o que... Aí é só separar o prontuário, pedir pra conversar com o psicólogo, tem a terapeuta ocupacional Girassol que também dá mó força, a baixinha é danada, como a Orquídea né... Todas as baixinhas são danadas... E tem o meu técnico de referência, quando eu fui fazer triagem, que é o Jasmim, que ele é super. acolhedor, ele é tão chato, tão chato, toda hora se deixar ele quer conversar, agora o que eu não sei... O Jasmim é triste, ele é demais, mas é uma pessoa boa. É demais, eu adoro.” (Cubatão)

“Não, as atividades de lazer que a gente faz é em grupo, lá no CAPS. Quando o pessoal vê que a gente tá se pegando muito lá no CAPS, que a gente vive em grupo ali, trancada, trancafiada, um olhando pra cara do outro, aí o que acontece? Tem as nossas oficinas externas, que é o que? É conhecer uma Pinacoteca, como a gente foi, Benedito Calixto, é conhecer o campo do Santos, a gente foi o Aquário Municipal, o último passeio nosso foi o Museu de Pesca, e toda quinta-feira, acredito eu que amanhã, talvez, se o tempo tiver bom, o Rafa leva a gente pra praia né. Entendeu? Pra dar uma desestressada”. (Cubatão)

“E o SAE, pra fazer o tratamento da Hepatite B e da Sífilis” (Cubatão)

“Não, aqui com o Miosótis... Aqui na policlínica... Ou lá, ou lá atrás do primeiro distrito lá, também chego lá os caras dão material pra fazer em casa [...] (Casablanca).

Cabe salientar que esse acesso referido por ela se dá em virtude de seu bom comportamento ou relações de carinho estabelecidas anteriormente de acordo com a sua própria fala:

Ah, a quem eu recorri? Ao 192, o SUS né, o PS Central, que na época... ainda tenho amigas minhas enfermeiras que trabalham lá, conhecidas de coração que cuidam da gente com bastante carinho, que toda vez quando atacava minha crise eu corria pra lá, era o primeiro lugar que eu corria, que eu estava toda inchada, parecendo um porco, sem poder urinar, quase que não ia ao banheiro defecar, quer dizer, estava uma situação alarmante. Só não cheguei a ir pra UTI, mas faltou pouco. Mas eu recorri a eles, né. Pra me dar uma força. (Cubatão)

Cubatão ainda refere por algumas vezes em alguns de nossos encontros que ela entende que consegue ser atendida nos serviços porque faz questão de ser educada com as pessoas que a atendem.

Não, é devido como eu falei pra você, mesmo eu tendo meus problemas, não vou dizer pra você que eu nunca me estressei, nunca xinguei, não, eu já, acontece, nós não somos perfeitos, mas a educação do ser humano, é como eu falei pra você, é a base de tudo, entendeu aí quer dizer as vezes as pessoas se estressam e acabam sendo mal educadas, quando vão procurar o serviço aí encontra a porta fechada, entendeu? (Cubatão)

Outro fato que é recorrente nas falas é a questão da gratidão que eles sentem pelas pessoas que os atendem, desconsiderando a garantia de seus direitos que devia ser assegurado:

Foi possível perceber evidenciado nas falas que as oportunidades de trabalho ou possibilidade de receber doações acabam por determinar o local de fixação dos entrevistados próximos aos locais que oportunizem o acesso aos serviços de saúde. Também identificamos que o atendimento de saúde para a maioria deles não é visto como um direito assegurado por políticas públicas ou garantias constitucionais, mas sim é objeto de profunda gratidão sendo visto quase como um ato caridade.

Acredita-se que esse fato se dê em virtude da origem histórica e social de algumas profissões envolvidas no atendimento direto a eles como a Enfermagem e o Serviço Social muito ligadas a caridade ou benemerência em sua história original e mesmo nos dias atuais ainda fortemente impregnadas por esses conceitos ainda.

Outro fator importante a se considerar seria o fato de a pessoa em situação de rua se contentar com o pouco que lhes é oferecido aceitando tudo como uma doação e mais uma vez

não conseguindo se colocar nesse contexto com sujeito de direitos e garantias sociais ou constitucionais.

Saúde? Acho que de ter uma boa saúde né, mas, no entanto, a minha saúde a gente fala que não é boa... Eu tenho a pressão alta, tenho bronquite asmática, então eu também precisei das receitas, o Consultório de Rua me ajudou, porque eu tomo Captopril pra pressão alta e o Aerolin pra bronquite asmática... E nesse tempo frio, pra nós, é muito ruim.

Sim... E o Consultório né, que ajuda nós, que tá todo aí, um dia da semana tá aqui pra ajudar nós, no que a gente precisa né... É o que eu falo, se não fosse eles a gente estava... A gente fala assim, sem resgate nenhum de saúde, sem resgate nenhum de documento... Nós somos vistos como jogados na rua. (Santos)

Apoio é entre nós, amigos. Uma mão lava a outra, além de vocês também, equipe de rua aí, que às vezes ajuda a gente, ajuda muito a gente aqui... E os meus 'lazer' que eu faço, eu vou lá na Universidade pra acesso à internet ou na Biblioteca. (Casablanca)

Ah, foi justamente essa que eu não poderia mais andar pela hérnia, e com a hérnia, e ia lá, nada, e depois que eu consegui o Consultório de Rua aí, eles que me reforçaram a marcar, enfim... Foi a respeito deles, senão eu estaria na espera ainda. (Jundiaí)

Essa gratidão que aparece de forma recorrentes não somente em suas falas nas entrevistas como em nossos cotidianos de nossos encontros. Repetidas vezes falamos sobre essa questão com eles tentando de alguma forma desmitificar essa questão da gratidão, explicando que essa garantia do acesso ao atendimento é um direito constitucional inerente a qualquer cidadão.

Porém, essa cultura do não direito é muito forte entre eles ainda, estando arraigada nos valores que carregam consigo.

Por fim, destaca-se as unidades de pronto atendimento foram citadas como rede de apoio emergencial apenas e não constituindo local de produção de saúde ou rede de apoio propriamente dita, são citadas pelos entrevistados como locais de difícil acesso pela demora demasiada no atendimento, o que na maioria das vezes faz com que desistam de procurar esse atendimento:

“Verdade. Eu passei, eu vou falar pra você, eu só não me aborreci porque eu entendo o trabalho deles. O médico, o mesário, a pessoa que tá lá naquela situação de risco, ele não tem culpa do ambiente onde ele trabalha não dar suporte pra ele... Aí eu vou chegar lá no UPA, tudo bem, eu tô mal, que nem cheguei esses dias, que eu tenho insuficiência renal, cheguei morrendo de dor, queria tomar pelo menos uma medicação rápida pra ver se passava aquela dor insuportável... Eu fiquei cinco horas aguardando, isso porque tem o SUS, se não tivesse o SUS eu estaria esperando dias... Então, porque me estressar? Pra que... agora, que tá chegando as eleições, a gente tem que botar a cabeça no lugar e ver o que a gente pode fazer.” (Cubatão)

“Eu quando eu fiquei bem ruim mesmo, foi até da minha pressão alta, eu cheguei a ir no UPA lá no Canal 2, e chamei SAMU, eu não né, meu esposo chamou, demorou mais de duas horas, eu já estava ficando gelada, roxa, ainda cheguei no UPA, fui ser atendida na frente assim... Passaram pela triagem, mas pra esperar o médico eu esperei três horas, eu quase morro. Porque foi a única solução que teve pra poder socorrer a minha pressão alta, no entanto, eu quase morro por causa do atendimento que foi demorado.” (Santos).

Fica evidente as diferenças do padrão de acolhimento dos diversos profissionais envolvidos nos atendimentos e trajetória de busca pela saúde.

Apesar de serem profissionais com a mesma formação dos integrantes das equipes de CnaR e abordagem social nem sempre é possível garantir o acesso ou acolhimento da queixa do usuário com a mesma disposição para entender suas condições ou características livre de preconceitos, valores ou pré concepções.

Esses profissionais que deveriam facilitar a garantia de acesso acabam por alguns momentos inviabiliza lo em virtude da falta de escuta e acolhimento de suas necessidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário a prática da sensibilidade na seleção da ferramenta mais adequada para o momento e faz esse exercício constante e perenemente nos treina mais o olhar, a escuta a fim de apurar melhor qual a real necessidade e prioridade no momento.

É necessário se despojar dos saberes instituídos, valores, conceitos e protocolos para apenas e tão somente estar com o outro! E não apenas escutar mecanicamente, mas ouvir o que realmente faz sentido para aquele indivíduo e observar...sentir...calar...respirar...

Precisamos considerar ainda que a utilização de uma das tecnologias não desqualifica o uso das outras e não invariavelmente precisamos articular o uso de mais de uma ao mesmo tempo, mesmo porque entendo imprescindível o uso das tecnologias leves de forma transversalizada em todos os atendimentos.

Talvez essa prática fizesse mais sentido para o nosso usuário!

O aperfeiçoamento técnico científico nos tornou extremamente tecnicistas, exímios “fazedores”, executores de técnicas que acabam ficando numa logica da prática pela prática totalmente esvaziada de sentido por muitas vezes.

Isso nos empobreceu como profissionais cuidadores e nos tornou pobres operadores nas tecnologias relacionais.

Ao meu ver, seria a forma mais potente de descaracterizar a prática mecanizada tão presente dentro da prática estritamente tecnicista deixando nos afetar com a potência do encontro, na produção do trabalho vivo em ato e não apenas a reprodução do trabalho morto outrora produzido.

Para tanto se faz necessário a discussão desse novo modelo desde o processo de formação acadêmica dos novos profissionais, fazendo que os acadêmicos ainda em formação possam entrar em contato com as tecnologias relacionais para que esse conceito venha reverberando de dentro para fora de forma a ressoar em esse novo modelo em suas práticas.

Falando especificamente da prática do Consultório na Rua, é necessário salientar a importância de uma disponibilidade para estar com o outro em uma relação de alteridade, respeito e continência ao seu sofrimento de outro.

Há ainda necessidade do constante exercício de construção e desconstrução como um movimento que confere: dinâmica ou flexibilidade suficiente para possibilitar novos arranjos das práticas que permitam que os indivíduos atendidos realmente possam expressar suas formas de pensar, agir e relacionar-se com o mundo.

Para inserção real e efetiva de um grupo populacional em qualquer política pública é necessário entender o *modus vivendi* e *operandi* desse grupo, de forma que seja possível conhecer suas histórias, necessidades e desejos, construindo uma proposta particularizada para esta população específica.

É necessário ainda investimento em educação permanente para as equipes que atendem essa população para que haja pleno entendimento das políticas públicas e garantias de direitos que precedem a questão técnica e ainda que desenvolvam maior sensibilidade para aceitar o ser humano com suas particularidades sem que o juízo de valor pautado no senso comum venha a impactar em atitudes de desrespeito, preconceito ou falta de acolhimento.

É necessário estar disponível para estar com o outro da maneira mais aberta possível permitindo que o outro possa dizer de suas necessidades, anseios, valores, práticas sem que sofra julgamento por isso.

Que esse debate venha ressoar em suas práticas de maneira a transformar sua forma de ver o mundo e as pessoas em sua diversidade cultural ou de gênero, acolhendo o outro com mais alteridade, ética e respeito.

Há ainda a necessidade de ampliar o olhar para novas práticas quando pensamos em atingir novos resultados.

O desafio da garantia do acesso perpassa por questões técnicas, burocráticas, políticas, sociais, emocionais, físicas e envolve uma dedicação que contemple todas essas questões.

A Universalidade de direitos vem assegurar que todo e qualquer indivíduo seja atendido independentemente da exigência de se cumprir qualquer condicionalidade como apresentação de documento, comprovante de residência, condições de higiene ou postura pessoal.

É um direito e ponto. Não pode vir a depender de condicionalidades para a concessão desse direito ou não. Aliás, esse direito não deveria ser negado em virtude de uma não conformidade no cumprimento de condicionalidades que não foram impostas em sua elaboração. Não poderia ser negado em hipótese alguma.

Como foi possível perceber as redes de apoio configuram um ponto importante para o resgate de cidadania e fortalecimento de suas práticas cotidianas de maneira a colaborar de forma sistemática na sua lógica de vida.

Foram apontadas como rede de apoio as instituições de caridade, ONGs, alguns serviços de saúde ou de assistência social e a vizinhança local, constituindo para a PSR uma rede importante e potente de apoio nos territórios onde vivem.

É a complexa rede de relações que possibilita a produção da saúde no cotidiano das pessoas.

O direito ao acesso aos serviços de saúde não é visto como um direito pela PSR e sim como se fosse um favor feito a eles ou uma benesse.

Esse direito foi tantas vezes negado que culturalmente eles se comportam como se não fossem genuínos portadores desse direito e ainda se colocando em uma postura de bom comportamento para merecer e fruição desse direito. Além da gratidão que exprimem a todo momento quando são atendidos ou quando conseguem algum agendamento.

A estratégia de vinculação é uma potente ferramenta para ressignificar a importância das relações construídas, das que serão construídas no caminho e ainda aquelas que precisam ser reconstruídas.

Isso é bem possível observar na prática do dia a dia quando eles se surpreendem por cumprimos os combinados, ou ainda quando eles não tendo condições de avançar permanecemos ali da mesma forma.

A população em situação de rua vive diariamente um paradoxo: Extremamente visíveis pela sociedade higienista que clama por sua retirada dos espaços públicos, totalmente invisíveis pela perspectiva da garantia de direitos sociais e civis

Cabe ainda salientar a importância da existência de espaços de convivência onde possam atuar com protagonismo no resgate de suas dignidade e cidadania.

No que tange a procura pela dignidade perdida, em meio ao desalento e abandono de suas premissas mais básicas como o convívio com a família e sociedade, cabe a nós aceitarmos as escolhas do indivíduo, respeitando sua opinião e aguardando o momento que ele julgar possível dar esse passo em sua história.

Isto posto, vale ressaltar que a nós trabalhadores do SUS , como bons operadores das tecnologias leves, devemos propiciar a oferta dos meios para as resolução de suas questões de

acordo com sua avaliação de prioridade, e dessa forma ousar impactar de forma positiva em suas vidas de maneira que voltem a olhar para si mesmos desejando seu próprio cuidado, sendo corresponsáveis por esse cuidado tornando se novamente protagonistas da suas histórias e dessa forma podendo encontrar o caminho de retorno, de recomeço, do possível!

6. REFERÊNCIAS

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-20, 1974.
- AGUIAR, M.M.; IRIART, J.A.B. Meanings and practices associated with health and illness among the homeless in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.115-24, 2012.
- ANDRADE, L.P.; COSTA, S.L.; MARQUERRI, F.C. The street has a magnet, I think it is freedom: power, suffering, and life strategies among homeless persons in the city of Santos, São Paulo, Brazil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p.1248-61, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação: referências, elaboração**. Rio de Janeiro, 2002.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, supl.2, p.11-23, 2008.
- BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p.1497-1504, 2015.
- BRASIL. **Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua** Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2015.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e

Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm> Acesso em: 11 mar.2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 11 mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 11 mar.2018.

BRASIL. **Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html>> Acesso em: 11 mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BARROS, D.D.; GHIRARDI, M.I.G.; LOPES, R.E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez. 2002.

BORDIGNON, J.S.; SILVEIRA, C.C.S.; DELVIVO, E.M.; ARAÚJO, P.P.; LASTA, L.D.; WEILLER, T.H. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. **Revista Contexto em Saúde**, v.10, n.20, p.629-34, 2011.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, das práxis e da arte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, July 2011.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar**. Petrópolis: Vozes, 1996

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, Oct. 2009.

COSTA, A.P.M. População em Situação de rua: Contextualização e Caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº4, dez. 2005.

COSTA, S.L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.3, p.1089-1102, 2015.

ESCOREL, S. **Vidas ao Léu: Trajetórias de Exclusão Social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 276 p.

ENGSTROM, E.M.; TEIXEIRA, M.B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1839-1848, 2016.

FERREIRA, B. **Redes vivas: multiplicidade gerando existências**. Disponível em <https://blog.atencaobasica.org.br/2015/02/01/redes-vivas-multiplicidades-girando-as-existencias/> Acessado em 22nov. 2018.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Equidade** Disponível em:< <https://pensesus.fiocruz.br/equidade> > Acesso em: 11 mar.2018.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE), PREFEITURA MUNICIPAL DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Estimativa do Número de Pessoas em Situação de Rua da Cidade de São Paulo em 2003**. São Paulo, 2003.

GALVANI, D. **Pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo: itinerários e estratégias na construção de redes sociais e identidades**. Dissertação (Mestrado em Ciências) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008

GOMES, E. Q. **A organização dos serviços públicos na rede básica de saúde em João Pessoa.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

GRABOIS, V. **Gestão do Cuidado.** In: Baptista TWF. Qualificação de gestores do SUS, 2011, p.153-90. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf. Acesso em: 17 de out. 2018

BRASIL. **Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua.** Conselho Nacional do Ministério Público, Brasília, CNMP, 2015. Disponível em http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf. Acesso em: 23 set 2018.

HINO, P.; SANTOS, J.O.; ROSA, A.S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, supl. 1, p.684-692, 2018.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, Sept. 2014.

LIMA JUNIOR, R. T. et al. Participação e redes sociais na região noroeste de Santos. *Rev. Ciênc. Ext.* v.8, n.3, p.262-266, 2012.

MAGNANI, J.G.C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29, June 2002.

MARTINS, C. **Sistema Único de Saúde: uma análise das crenças dos seus representantes em municípios rurais na Paraíba.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2008.

MARQUES, C.E. **Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade.** *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 1999, vol.14, n.41, pp.45-67. ISSN 0102-6909. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcsoc/v14n41/1751.pdf> Acesso em 15/02/2019.

MATTOS, R.M.; Ferreira, R.F. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.1, n.22, p.23-32, 2005.

MAXIMINO, V.S. et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 435-447, June 2017.

MELO, C.F. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir das crenças de seus profissionais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

MELO, C.F.; ALCHIERI, J.C.; ARAUJO NETO, J.L. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 63-72, abr. 2012.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MERHY, E.E. et al. Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52 (s/n.), 153-164, 2014.

MESQUITA, F. **Aids e drogas injetáveis**. In: A. Lancetti (Org.), Saúde Loucura 3. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991, p.46-53.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

OLIVEIRA, S. F. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.1, p.154-162, 2011.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>. Acessado em: 20 de out 2016.

SANT'ANNA, S.R.; HENNINGTON, E.A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 223-244, 2011.

SANTOS, C.F.; CECCIM, R.B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1043-1052, Dec. 2018.

SANTOS, SEAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTOS. Censo de população em situação de rua. Santos, 2009. Documento Institucional.

SILVA, C.C.; CRUZ, M.M.; VARGAS, E.P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 246-256, dez. 2015.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis:Vozes, 1998.

TELLES, Thabata Castelo Branco; MOREIRA, Virginia. A Lente da Fenomenologia de Merleau-Ponty para a Psicopatologia Cultural. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 30, n. 2, p. 205-212, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000200010&lng=en&nrm=isoaccesson 26 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000200010>.

TYKANORI, R. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E.M.R.; ROSA, C.M.M. (Orgs.). **População de rua: quem é? Como vive? Como é vista?** São Paulo: Hucitec, 1994.

GALVANI, D. Terapia ocupacional e pessoas em situação de rua: criando oportunidades e tensionando fronteiras. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 351-360, 2011

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso a saúde integral na perspectiva da população em situação de rua em Santos, São Paulo

Pesquisador: SIMONE JARDIM AOKI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87124218.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.716.384

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0367/2018 (parecer final)

As condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua e as questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais possibilitam riscos maiores para esse grupo, representando um desafio à efetivação de políticas de saúde que satisfaçam a demanda de cuidado deste público. Deste desafio emerge a necessidade de estabelecer ações de educação permanente para as equipes envolvidas no processo de trabalho para que o acesso desta população aos direitos e serviços seja assegurado. A atuação dos Consultórios na Rua almeja integrar com os serviços de atenção básica e garantir aos seus usuários o respeito pelos direitos humanos e constitucionais, na perspectiva do cuidado integral respeitando a autonomia do sujeito, a subjetividade do ser e seu estilo de vida. Este projeto tem como objetivo: Analisar o acesso à saúde e o cuidado integral da população em situação de rua no município de Santos, São Paulo. A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizará memórias e diários de campo. O resultado esperado será analisar como se dá o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde bem como perceber como ocorre o cuidado na sua concepção objetiva e subjetiva.

-HIPÓTESE: A situação de rua traz dificuldades para o acesso à saúde e o cuidado integral para a população que na medida que fossem melhor compreendidas poderiam ser minimizadas pelo trabalho dos profissionais do consultório na rua.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

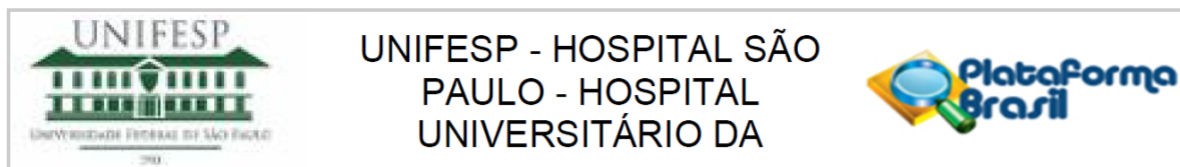
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.716.384

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar o acesso à saúde e o cuidado integral da população em situação de rua no município de Santos, São Paulo.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Dar voz à população em situação de rua na perspectiva das barreiras e facilidades ao acesso à saúde; Criar subsídios para qualificar as ações do consultório na rua no município de Santos bem como outros profissionais envolvidos com o atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Os possíveis riscos são referentes a inquietações ou questionamentos que podem surgir em algumas questões da entrevista, em especial em relação às memórias trazidas em virtude da mesma, uma vez que remete a experiências de aprendizados relacionados a transmissão familiar ou social de cultura, valores, usos e costumes adquiridos ao longo de suas vidas abordando ainda expectativas e oportunidades oferecidas ou negadas.

-BENEFÍCIOS: A presente pesquisa contribuirá com o levantamento de dados e os estudos bibliográficos sobre a realidade das práticas de saúde entendidas pela população em situação de rua bem como desdobramentos do trabalho que é desenvolvido pela equipe de saúde do território, sendo assim, serão pertinentes às discussões sobre políticas públicas de saúde para população em situação de rua, na atenção básica e saúde mental e na construção de melhores estratégias e ações que qualifiquem o trabalho desenvolvido no atendimento a esta população. Como também contribuirá para ampliar as produções e reflexões sobre a prática dos profissionais que atuam diretamente com a população em situação de rua relacionadas aos direitos sociais, civis e constitucionais desses indivíduos, bem como, na implementação de ações de educação e educação em saúde voltadas a essa temática direcionadas aos profissionais envolvidos nesse processo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

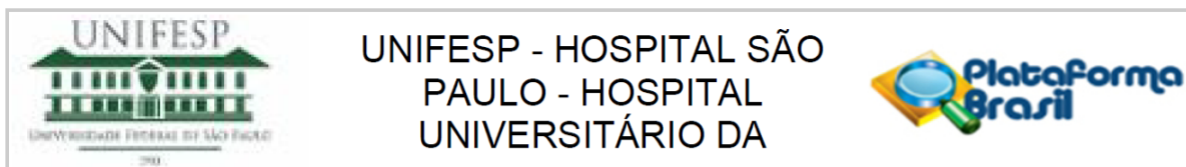
Trata-se de projeto de mestrado de SIMONE JARDIM AOKI. Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Leme de Oliveira Borba. Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

TIPO DE ESTUDO: Será um estudo de abordagem qualitativa

LOCAL: Consultório na Rua (CnaR)

PARTICIPANTES: três pessoas acompanhadas pelo CnaR.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55			
Bairro: VILA CLEMENTINO	CEP: 04.020-050		
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br	



Continuação do Parecer: 2.716.384

PROCEDIMENTOS:

-O método que utilizado será a história oral de vida por se caracterizar como um instrumento importante para a coleta de narrativas de vida de uma pessoa, portanto de acordo com suas concepções e valores de forma a registrar e divulgar as experiências de vida do indivíduo. Serão realizadas entrevistas em profundidade com três pessoas acompanhadas pelo CnaR, dos territórios do José Menino, Mercado Municipal e Aparecida e que aceitem participar da pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.
- 2-TCLE a ser aplicado aos participantes
- 3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
 - a)-Roteiro da entrevista(Pasta: outros- Submissão 1; Documento:Roteiro_Entrevista.docx
 - b)-autorização da Secretaria de Saúde Municipal de Santos(Pasta: outros- Submissão 1; Documento:declaracao_PMS.pdf)

Recomendações:

nada consta

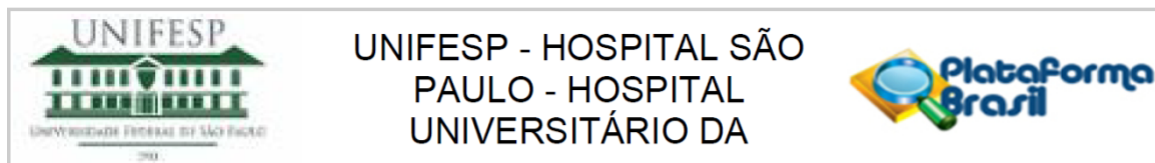
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de respostas de pendências ao parecer original CEP nº 2.608.275 de 18/04/2018, conforme os questionamentos abaixo:

1-Em relação ao TCLE:

- a)Os riscos potenciais da participação na pesquisa considerados como inquietações ou desconfortos seriam momentos de uma reflexão mais individualizada acerca de suas vivências e condição atual e consequentemente sendo prevista potencialmente uma emoção associada que poderá vir acompanhada de choro ou não, porém, contextualizada nesse processo reflexivo a que se propõe a pesquisa.
- b)-Realizada correção do endereço do CEP/UNIFESP no TCLE, sendo informado como endereço atualizado o endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, Vila Clementino CEP 04020-050.São Paulo. E-mail é: CEP@unifesp.edu.br, Telefones (011-5571-1062; 011-5539-7162)
- c) Todas as páginas foram numeradas ficando na forma 1/2 e 2/2 e serão rubricadas pelo

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55		
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.020-050
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.716.384

pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

d) Foi inserido local para o nome e assinatura do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

CEP-UNIFESP: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), e o relatório final, quando do término do estudo.

Parecer acatado "ad ref"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1094129.pdf	05/06/2018 12:57:54		Aceito
Outros	Pendencias.docx	05/06/2018 12:57:11	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/04/2018 11:15:14	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista.docx	04/04/2018 16:58:32	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Simone_Aoki.docx	04/04/2018 16:56:29	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito
Outros	declaracao_PMS.pdf	04/04/2018 16:51:22	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito
Outros	comite.pdf	04/04/2018 16:49:22	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/04/2018 16:48:47	SIMONE JARDIM AOKI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.716.384

SAO PAULO, 15 de Junho de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa e saiba da sua participação importância, bem como que sua participação deverá ser espontânea. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte deste estudo, você deverá assinar ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma dos pesquisadores responsáveis e a outra sua.

Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada **“Acesso a saúde e cuidado integral na perspectiva da população em situação de rua em Santos, São Paulo”**. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo: Analisar o acesso à saúde e o cuidado integral da população em situação de rua no município de Santos, São Paulo.

Será realizada uma entrevista semiestruturada, com duração 30 minutos, destinada a pessoas que estejam em situação de rua nos territórios do José Menino, Mercado Municipal e Praça da Aparecida no município de Santos. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a esse procedimento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito da pesquisa. Não haverá despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Mesmo concordando em participar, você poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo. Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá ter acesso ao responsável pelo estudo, Prof. Dra. Patrícia Leme de Oliveira Borba (paborbato@gmail.com) do Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP. Campus Silva Jardim.

Rua Silva Jardim, 136, CEP: 11015-020, Vila Mathias, Santos, SP.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), R. Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062, E-mail: cepunifesp@epm.br.

Eu, _____ RG: _____

acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa: ” **Acesso a saúde e cuidado integral na perspectiva da população em situação de rua em Santos, São Paulo**” e ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem utilizados, seus desconfortos e que não há riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Santos, ____ de _____ 2018.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a discussão neste estudo.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1: Fale me sobre você!

-Conte algo sobre sua vida que possa apresentar quem você é?

-Há quanto tempo vive aqui?

-Como chegou aqui?

-Como foi escolhido o local de fixação?

Bloco 2: Fale me sobre o local que vive:

-Como você se relaciona com o seu território? Você se identifica com ele?

-Quais redes de apoio encontra em seu território? Quando e como você as acessa?

Bloco 3: Fale me sobre seu dia a dia

-Como é sua vida cotidiana? (deixar livre resposta e depois pedir para contar um dia todo de sua rotina, desde a hora que acorda até hora de dormir)

-Conte sobre sua experiência para além das atividades cotidianas de vida, espaços que costuma frequentar, onde gosta de estar em seu tempo livre, atividades que fazem com que você se sinta bem

-Você se sente protagonista em algum desses espaços? Acredita que as atividades que desenvolve produzem algum impacto social e político?

Bloco 4 Fale me sobre saúde

-O que você entende por saúde?

-Você conhece, frequenta ou participa de ações preventivas de saúde

-Como acessa os serviços de saúde? Quais as facilidades e dificuldades encontradas?

Bloco 5: Fale me sobre cuidado

-Como você entende o cuidado?

-Já viveu uma situação em que precisou de um cuidado de saúde mais intenso? Como se sentiu?

A quem recorreu?

-Relate uma situação que você precisou de um cuidado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

SIMONE JARDIM AOKI

Educação Permanente em serviço
Revisitando histórias, escrevendo novos caminhos

Produto técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – como parte dos requisitos avaliativos para obtenção do título de mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Leme de Oliveira Borba

Santos
2018

Introdução e Justificativa

A pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, em Mestrado Profissional (MP), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) campus Baixada Santista, com o título Histórias e relatos da população em situação de rua sobre acesso aos serviços de saúde em Santos, São Paulo.

Foi realizada com os usuários atendidos pela equipe do Consultório na Rua, em dois territórios do município de Santos.

A pesquisa foi realizada utilizando a técnica da entrevista participando dez colaboradores sendo oito do gênero masculino e duas do gênero feminino (uma delas mulher cis gênero, outra delas mulher transexual) tendo como objetivo a compreensão de como se dá o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

O acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde fica por vezes prejudicado em decorrência da imposição de alguns fatores condicionantes ao atendimento como horários rigidamente estabelecidos, exigência de documentos pessoais de identificação, comprovação de domicílio ou ainda fatores mais subjetivos relacionados a forma que se apresentam vestidos, ou até mesmo a forma de expressarem suas necessidades ou desejos.

Acreditamos que propiciar o espaço para a discussão junto aos profissionais implicados na rede de cuidados por onde se define o itinerário terapêutico da população que está em situação de rua acerca de temáticas relacionadas as questões pertinentes ao modo de agir e de viver da referida população conduzirá a uma qualificação no atendimento desta pessoa, reverberando na forma que acontece o acesso desse indivíduo aos serviços de saúde.

Dessa forma, a pessoa que está em situação de rua poderá sentir se mais pertencente a equipe e unidade de saúde do seu território propiciando acesso a saúde de forma mais integral e universalizante com vistas a uma proposição de menor fragmentação do atendimento fortalecendo a atenção básica como acesso mais potente no território.

A proposta também traz em si o desafio da inversão da lógica da busca ao cuidado de saúde apenas e tão somente pela perspectiva curativa e emergencial que é a tendência de forma constante para a população de um modo geral, fato que ficou também evidenciado nas entrevistas realizadas no campo da pesquisa.

O cuidado é mais entendido como cuidado e bem estar geral, cuidado para com seus pertences ou para com o risco de perdê-los, cuidado no sentido de atenção e ainda como cuidado emergencial e hospital centrado, do que na concepção de um cuidado preventivo com base na vinculação ou elaboração de um PTS como um cuidado centrado no indivíduo e suas fragilidades e potencialidades, limites e capacidade de superação desses limites.

Essa ausência de relatos mais constantes de vinculação com as unidades de saúde do território pelos colaboradores da pesquisa confirmou a necessidade desse produto como uma estratégia para o trabalho com os profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

Os relatos que trazem as unidades do território como unidade de acesso a saúde são aqueles relatos que trazem em si a pessoa de um profissional específico como agente facilitador desse acesso e vinculação.

Esse produto consistirá na execução de uma proposta de trabalho em educação permanente na formação em serviço por meio da apresentação de vídeo temático e de oficinas a serem realizadas com as equipes multiprofissionais a partir de análise temática do conteúdo que foi apresentado na dissertação tendo como disparadores fragmentos retirados das entrevistas concedidas na pesquisa de campo.

Nesse sentido apontam para a necessidade do fortalecimento das reuniões em equipe e da educação permanente na formação em serviço com vistas a estabelecer novas relações interpessoais mediante a mudança de alguns paradigmas associados a população estudada.

Para Ceccim (2005, p. 161) a educação permanente pode ser definida como:

Um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Para esse mesmo autor a educação permanente “insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta” (p. 161). Ceccim (2005 p. 162) nos diz que a educação permanente pode corresponder a diferentes conceitos:

À Educação em Serviço quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder

à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Na questão do trabalho em equipe multiprofissional, Peduzzi (1998, 2001) nos diz: conceitua trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações. Diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação. (p.275).

Dessa forma, podemos entender que a educação permanente é um processo de construção coletiva de novos saberes, por meio de um espaço coletivo de trocas, de reflexões que se configuram através dos diálogos, para a construção de novos conceitos e práticas.

Considerando esses referenciais, esse produto ganha maiores significados justificando a utilização da educação permanente em formação em serviço buscando ressoar nas práticas profissionais de forma a promover a melhoria no atendimento da população em situação de rua.

Objetivos

Compartilhar os relatos da população em situação de rua sobre as facilidades e barreiras ao acesso à saúde;

Propiciar momentos de reflexão e sensibilização acerca das pré concepções nas práticas profissionais de atendimento a população em situação de rua.

Público alvo

Profissionais que atuam nas unidades de que compõem a rede de cuidados em atenção básica de saúde que pertençam aos territórios próximos aos locais de fixação dos colaboradores da pesquisa, sendo elas Vila Nova e Embaré.

Método e operacionalização

O formato idealizado para a realização das oficinas serão espaços concedidos dentro das reuniões em equipe com o objetivo de proporcionar maior integração possível. Segundo Spink (2014), em linhas gerais, na perspectiva aqui defendida, as oficinas são configuradas como ferramentas ético-políticas privilegiadas, pois propiciam a criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e a construção de outras possibilidades de sentidos acerca das temáticas discutidas, cujos efeitos não se limitam aos usos que os pesquisadores possam fazer desse material, mas também alertam para potenciais transformações nas práticas discursivas geradas naquele contexto, numa fusão inseparável entre o que se convencionou chamar de “coleta de informações e produção de informações”.

Para a realização dessas oficinas será divulgado previamente em reuniões anteriores a presença da equipe do CnaR, bem como a finalidade e duração do encontro.

O encontro iniciará com uma breve apresentação pessoal e da pesquisa seguida pela apresentação da equipe do CnaR e equipe do território por meio de uma dinâmica de apresentação que traz em si própria a construção e manutenção da rede de cuidados suas tensões, fragilidades e potencialidades, assim como, proporciona evidenciar a importância de cada um dos atores no fortalecimento dessa rede.

Na sequência será exibido o vídeo Crack, Crack, que tenta de alguma forma desmitificar a relação que se estabelece de forma usual, porém equivocada sobre a concepção de alguns conceitos e valores sobre os usuários que são atendidos e a forma que mesmo sem perceber podemos por vezes repetir modelos de juízo de valores ou preconceito.

Posteriormente essa dinâmica de descontração e informação do grupo, será realizada técnica de chuva de ideias sobre quais sentimentos ou palavras associam a pessoa em situação de rua.

Na sequência o grupo será dividido em pequenos grupos ou trios, para os quais serão distribuídos trechos de relatos das histórias orais que foram construídas ao longo do processo,

composta pelas memórias dos “encontros potentes” que ocorreram ao longo do atendimento como enfermeira do CnaR e das narrativas que surgiram com a realização das entrevistas, com a proposta de que elaborem uma sugestão de como entendem que deveria acontecer esse atendimento com prazo de 20 minutos para reflexão e elaboração.

O próximo passo será o estímulo para que os grupos socializem com o grupo suas percepções e construções.

E por fim, que possamos conversar mais um pouco sobre as diversas possibilidades encontradas e formas de qualificar ainda mais os atendimentos, as relações entre as equipes e as relações entre esses profissionais e os colaboradores da entrevista.

Número previsto de encontros: 03

Primeiro encontro: Apresentação pessoal e da pesquisa;

Segundo encontro: Apresentação de vídeo e chuva de ideias;

Terceiro encontro: Apresentar de trechos das histórias e propiciar espaço para momentos de reflexão sobre os fragmentos das histórias apresentadas com disponibilidade de dar continuidade aos encontros de acordo com o desejo das equipes.

O tempo de duração de cada encontro deve ser de 60 minutos aproximadamente, variando de acordo com a dinâmica do grupo.

Nº	Etapas	Objetivo	Descrição/ Método
1º Encontro	Apresentação	Apresentar a pesquisa e a pesquisadora bem como seu local de atuação Acordar dois outros encontros;	Inserção em reunião de equipe com vistas a proceder apresentação pessoal e da pesquisa bem como combinar mais outros dois encontros.
2º Encontro	Disparadores	Apresentação de vídeo Realizar técnica de Chuva de ideias	Apresentação do vídeo disparador para a reflexão acerca de alguns conceitos preconcebidos com o objetivo de desmitificar e chuva de

			ideias sobre os conceitos associados a População em Situação de Rua.
3º Encontro	Reflexões	Apresentar de trechos das histórias	Propiciar espaço para momentos de reflexão sobre os fragmentos das histórias apresentadas com disponibilidade de dar continuidade aos encontros de acordo com o desejo das equipes.

Apêndice - Trechos das entrevistas a serem trabalhados

Como garantia de acesso ao cuidado é recorrente a fala de terem profissionais específicos como promotores de acesso ao cuidado:

“...dona Margarida da policlínica... Dona Tulipa...” (Brasília)

“...Tem a Dália que também trabalha lá.” (Camaçari)

“Ele passa aqui tem um tem um médico o Cravo né Aí eu falo com ele dá maior apoio fala o que a gente precisa... (Camaçari)

Referência as dificuldades encontradas em virtude da exigência de documentos:

“Penso nos que apoia quando a gente tiver ruim porque aqui a gente é bem discriminado por ser morador de rua sabe a gente chega no local eles já q pede o endereço quando fala que é morador de rua já muda tudo o atendimento sabe, muda até a feição da pessoa ai até pode vim a chegar onde a gente quer puxa muito sofrimento...” (Brasília)

“Se a gente não tem uma residência fixa eles não atendem a gente, a gente precisa do que? De um apoio do Consultório de Rua pra dar uma declaração que a gente é situação de rua, senão a gente não é atendido, de jeito e maneira nenhuma. Por causa do que a gente fala, um ponto: residência fixa. Que eles acham que a gente não tendo uma residência fixa, que a gente é uma situação de rua, a gente não é uma pessoa... aí, como eu posso dizer... como eu posso explicar pra vocês? A diferença. Quem tem residência fixa é atendida na hora, quem não tem vai ficando esperando três, quatro, cinco, seis meses, um ano se possível pra ser atendido. A gente acaba morrendo por a gente não ter uma residência fixa e eles não atenderem a gente por causa da residência.” (Santos)

“Verdade. Eu passei, eu vou falar pra você, eu só não me aborreci porque eu entendo o trabalho deles. O médico, o mesário, a pessoa que tá lá naquela situação de risco, ele não tem culpa do ambiente onde ele trabalha não dar suporte pra ele... Aí eu vou chegar lá no UPA, tudo bem, eu tô mal, que nem cheguei esses dias, que eu tenho insuficiência renal, cheguei morrendo de dor, queria tomar pelo menos uma medicação rápida pra ver se passava aquela dor insuportável... Eu fiquei cinco horas aguardando, isso porque tem o SUS, se não tivesse o SUS

eu estaria esperando dias... Então, porque me estressar? Pra que... agora, que tá chegando as eleições, a gente tem que botar a cabeça no lugar e ver o que a gente pode fazer.” (Cubatão)

“Ah, eu agora tô numa situação difícil, tô numa situação de rua, já tive uma situação boa, mas agora tô numa situação de rua, e a situação de rua é muito difícil. Muita gente acha que é fácil mas não é não, a gente passa muita, assim, vergonha, quando a gente fala que tá numa situação de rua... Pra arrumar um emprego, próprio pra você passar por um médico e policlínica, próprio pra você passar numa emergência no UPA, qualquer coisa que você precisa, odontologia, ginecologia, clínico geral, pediatria...” (Santos)

Redes de apoio

“Bom, desde que eu acordo e eu vou dormir, a minha vida é trabalhar, é puxar meu carrinho, minha reciclagem, eu e meu esposo, chega de tardezinha nós vamos lá pro Vaguinho que é o ferro velho, lá a gente lava a roupa da gente, a gente pesa o nosso material, é dali que a gente tá sobrevivendo... Higienização, banho... É o lugar que a gente tem pra poder ter a nossa higiene.” (Santos)

“Bem, o meu dia-a-dia é assim, como eu tô em situação de rua no momento, aí eu procuro fazer aquilo né, a redução de danos como a gente comenta né... Eu acordo cedo, aí limpo aqui o local onde a gente dorme né, que é o básico que eu posso fazer, aí vou pra uma outra unidade social que é o centro espírita Dr. Luiz Monteiro de Barros, que dá pra gente a oportunidade de uma higiene pessoal, um café da manhã saboroso, bem gostoso, e pra quem tá procurando um emprego, entregando currículo, é o básico que eles podem fazer... Te dar o banho e o café da manhã, e depois você corre atrás da bola.” (Cubatão)

Referências

CECCIM, R.B. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde São Venâncio/FIOCRUZ - Ministério da Saúde, 2009, p. 419-426.